

## O novo modelo de alocação de recursos federais da APS 2024: variação dos repasses nos municípios paulistas

*The new PHC 2024 federal resource allocation model: Variation in transfers in municipalities in São Paulo*

Giovanna Lago Toccillo<sup>1</sup>, Leonardo Carnut<sup>1</sup>, Áquilas Mendes<sup>1</sup>, Mariana Alves Melo<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-2898202514710205P

**RESUMO** Verificou-se quais características do Previne Brasil foram perpetuadas no novo modelo de alocação de recursos da Atenção Primária à Saúde e quais foram as inovações introduzidas pela nova portaria. Consistiu-se em uma análise financeira acerca dos resultados da Portaria nº 3.493/2024, em comparação com o antigo programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019), nos 645 municípios do estado de São Paulo. Foi realizada uma análise comparativa dos valores médios mensais de recursos federais transferidos em 2022 via Previne Brasil e das parcelas de 2024 (competências: maio a setembro). Dos 645 municípios analisados, 98,5% (635 municípios) tiveram uma variação positiva. Os municípios menos vulneráveis apresentaram perdas médias próximas às dos demais estratos, mas os ganhos médios por município superaram de forma expressiva (5 vezes mais) os dos municípios mais vulneráveis. Especificamente, a perda de recursos na área do Aquífero Guarani pode estar diretamente relacionada à maior presença de equipes de Atenção Primária do que de equipes de Saúde da Família. O novo modelo do governo federal apresenta uma combinação de inovações que visam a uma maior coerência com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e os elementos herdados do modelo Previne Brasil, que ainda refletem uma lógica gerencialista e mercadológica.

**PALAVRAS-CHAVE** Financiamento em saúde. Atenção Primária à Saúde. Alocação de recursos em saúde. Sistema Único de Saúde. Economia e organizações de saúde.

**ABSTRACT** *The authors verified which characteristics of Previne Brasil were perpetuated in the new Primary Health Care (PHC) resource allocation model and which innovations were introduced by the new ordinance. The financial analysis consisted of the results of Ordinance No. 3,493/2024, in comparison with the former Previne Brasil program (Ordinance No. 2,979/2019), in the 645 municipalities of the State of São Paulo. A comparative analysis was carried out of the average monthly amounts of federal resources transferred in 2022 via Previne Brasil and the 2024 installments (periods: May to September). Of the 645 municipalities analyzed, 98.5% (635 municipalities) had a positive variation. The least vulnerable municipalities presented average losses close to those of the other strata, but the average gains per municipality significantly exceed (5 times more) those of the most vulnerable municipalities. Specifically, the loss of resources in the Guarani Aquifer area may be directly related to the greater presence of Primary Care teams than Family Health teams. The new model of the federal government presents a combination of innovations aimed at greater coherence with the principles of the National Primary Care Policy and elements inherited from the Previne Brasil model that still reflect a managerial and market-oriented logic.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP) - Brasil.  
giovannatoccillo@hotmail.com

**KEYWORDS** *Health financing. Primary Health Care. Health care rationing. Unified Health System. Health care economics and organizations.*



## Introdução

As pesquisas sobre alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1,2</sup> vêm demonstrando que, em 2019, o aprofundamento da política de austeridade fiscal, em consonância com a guinada ideológica para a extrema-direita, provocou mudanças profundas no redirecionamento dos recursos financeiros do sistema em comparação aos governos anteriores.

Em 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, que trouxe uma série de mudanças na forma de alocação de recursos para a Atenção Primária à Saúde (APS) no País<sup>3</sup>. A partir de 2020, excluem-se o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e o PAB variável – mas com vários incentivos do PAB variável continuando a existir dentro do componente ‘incentivo por ações estratégicas’ –, e inicia-se o pagamento mediante 3 componentes, sendo eles: a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo a ações estratégicas.

Na captação ponderada, a alocação de recursos é condicionada ao número de pessoas cadastradas, o que, apesar de redirecionar recursos para populações em situação de vulnerabilidade, acaba restringindo a responsabilidade sanitária das equipes, uma vez que prioriza o cadastro de usuários que recebem benefícios como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou aposentadoria de até dois salários-mínimos. Nesse caso, também se ajustavam os valores repassados com base em fatores demográficos, como idade (dando maior peso a crianças menores de 5 anos e idosos acima de 65 anos) e características geográficas dos municípios (rural e urbano, de acordo com metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE). Essa caracterização municipal não compreendia a complexidade e a diversidade dos territórios demográficos. Tinha como foco aspectos relacionados à circulação de pessoas, de modo que a ponderação, por esse prisma, não gerava positivos efeitos distributivos.

Embora o objetivo declarado seja aumentar a eficiência dos serviços, na prática, essa estratégia promoveu uma focalização de novo tipo – ou neofocalização –, que não considerava o trabalho da equipe nas ações coletivas de forma ampliada no território, mas direcionava a atenção a atividades específicas voltadas a grupos estabelecidos, sobretudo aos indivíduos mais pobres.

Essa focalização restringia a atuação das equipes, comprometia o caráter integral do cuidado e fragilizava a universalidade do SUS. Ao priorizar apenas determinadas ações e segmentos, reforçava-se uma lógica neoliberal e de caráter mercadológico, voltada ao controle de custos, em detrimento do acesso integral e equitativo à saúde para toda a população, o que enfraquecia a APS como locus privilegiado do cuidado integral<sup>2,3</sup>. A trajetória histórica dos modelos de alocação na APS sempre foi conduzida por essa tendência: flexibilização de como APS foi sendo implementada pelas políticas de financiamento, limitando-se a um caráter assistencialista e distanciando-a do seu caráter original<sup>4</sup>.

O pagamento por desempenho no Previne Brasil era baseado nos resultados dos indicadores alcançados pelas equipes de saúde, abrangendo critérios como relevância clínica, resultados intermediários e globais em saúde, além de monitoramento regular. Esse modelo, recalculado periodicamente e sem garantia de estabilidade financeira, adotava uma lógica privatista que reduzia a concepção de avaliação em saúde a metas quantitativas de consultas e procedimentos. Essa abordagem facilitava a imposição de metas irreais aos profissionais, resultando em desgaste e no reducionismo das ações na APS, comprometendo a qualidade e integralidade do cuidado<sup>5</sup>.

Segundo Massuda<sup>1</sup>, embora a remuneração dos serviços baseada na avaliação de desempenho tivesse como objetivo incentivar as equipes a aumentar a produtividade para alcançar metas predefinidas, as evidências apontavam para melhorias modestas nos indicadores de processos avaliados e nenhuma

melhoria significativa nos resultados em saúde. Além disso, esse método estava desviando a atenção das equipes dos problemas de saúde que não estavam incluídos nas métricas avaliadas, ou que ‘não chegavam ao serviço’, pois não se materializavam em ‘utilização’. Dessa forma, ao adotar a avaliação de desempenho como critério de financiamento da APS no SUS, existia o risco de os municípios focarem apenas nos indicadores monitorados, alterando o escopo de trabalho esperado pelas equipes de APS, que deveriam estar voltadas para as necessidades de saúde da comunidade<sup>1</sup>. Esse tipo de técnica de ‘avaliação’ beneficiava municípios com maiores capacidades operacionais de registro de dados e com melhor infraestrutura, ou seja, geralmente, os menos vulneráveis.

O terceiro componente da forma de alocação de recursos anterior (Previne Brasil) era o ‘incentivo a ações estratégicas’, o qual reforçava a lógica de transferências federais baseadas em programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), o que perpetuava um modelo indutor que, em algumas situações, se afastava demasiadamente das reais necessidades de saúde dos municípios. Tal dinâmica limitava a autonomia local na gestão da saúde ao priorizar a adesão às políticas federais em troca de incentivos financeiros, favorecendo um modelo de APS que responde mais a diretrizes federais do que a demandas específicas de saúde do território. Mesmo admitindo que isso não era uma novidade do Previne (e, sim, uma herança do ‘PAB-Variável’), perpetuava um ciclo de ineficiência, em que a APS não consegue se adaptar de maneira mais flexível e eficaz aos desafios de saúde locais, prejudicando a qualidade do atendimento e a equidade no acesso aos serviços de saúde<sup>6</sup>, especialmente pela extinção do PAB-fixo, recurso não atrelado à existência da prestação de um serviço, portanto, mais livre para ser aplicado com as lógicas originais dos arranjos locais.

No contexto político final do governo Bolsonaro, marcado por políticas de austeridade fiscal e retração dos investimentos em

saúde, as limitações impostas pelo Previne Brasil se tornaram ainda mais evidentes, conforme descrito no estudo de Melo<sup>7</sup>. Ao analisar o efeito do Previne nos 5.570 municípios brasileiros, a autora demonstrou que, no decurso da implantação, maiores perdas proporcionais foram acontecendo, ao passo que, no final do ano de 2022, 60% dos municípios brasileiros perdiam recursos para APS com o modelo de alocação realizado pelo Previne, resultado esse, portanto, da progressiva extinção das medidas de ‘transição’ ou ‘excepcionais’, com destaque para a transferência *per capita* (medidas semelhantes ao PAB-fixo).

É nessa conjuntura que a pressão crescente da academia, como as investidas políticas da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)<sup>8</sup> e o posicionamento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)<sup>9</sup>, ressaltou a necessidade de revisão urgente do modelo de alocação da APS. Essa necessidade foi reconhecida pelo governo Lula, com o início do Governo de Transição, ao final de 2022. Nesse momento, assumiu-se o compromisso de resgatar a centralidade da APS no SUS e promover maior justiça distributiva na alocação de recursos, mas que só foi normatizada no segundo ano do governo Lula 3 (em 2024).

Entretanto, a construção de um novo modelo de alocação foi um processo complexo e demorado, que exigiu mais de um ano de debates, ajustes e negociações, refletindo a complexidade de equilibrar as necessidades locais com a equidade vista do ponto de vista nacional, dentro de um sistema de saúde tão diversificado como o brasileiro. Dessa forma, instituiu-se uma nova metodologia de alocação de recursos para a atenção primária, por meio de uma nova Portaria GM/MS, nº 3.493/2024, de 10 de abril 2024<sup>10</sup>, a qual revogou o Previne Brasil, de acordo com o seu arranjo original, e o substituiu por um novo modelo de alocação de recursos para a APS no Brasil. Contudo, uma pergunta ainda resiste nesse cenário: quais características redistributivas dos recursos financeiros do Previne Brasil sobrevivem após a alteração das

dimensões (componentes) do novo modelo de alocação de recursos para a APS do governo Lula 3 (Portaria nº 3.493/2024)? A resposta para essa pergunta poderá ajudar a refletir sobre quais aspectos dessa nova redistribuição dos recursos são considerados coerentes com o modelo tecnoassistencial para esse nível de atenção.

## Material e métodos

Este trabalho consiste em uma comparação descritiva de valores médios transferidos em dois períodos distintos a respeito da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, em comparação com o antigo programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019), nos municípios de São Paulo. A nova portaria passa por um período de transição, da data de vigência (parcela 05, de 2024) à parcela 05, de 2025. Extingue a captação ponderada, o componente pagamento por desempenho, componente incentivo às ações estratégicas e a metodologia de classificação rural-urbano do IBGE.

A nova metodologia de classificação municipal é denominada Indicador/Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), criada pela Portaria nº 3.493/2024, e classifica os municípios em 4 estratos, sendo o 1º considerado o mais vulnerável, e o 4º o menos vulnerável, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), definido e calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e o porte populacional, via dados do IBGE. É importante ressaltar que, segundo a classificação IED, o estado de São Paulo não apresenta municípios classificáveis no Estrato 1.

Com a extinção do Previne Brasil, criam-se 6 novos componentes: 1) componente ‘fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP)’; 2) componente ‘vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP’ (esse componente é uma novidade); 3) componente ‘qualidade para eSF, eAP, equipes Multiprofissionais (eMulti) e equipes de Saúde Bucal (eSB)’

(cujos indicadores de aferição da qualidade rememoram – com outro nome – os parâmetros metrificados de desempenho do Previne Brasil); 4) componente ‘implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras equipes’; 5) componente para ‘Atenção à Saúde Bucal’ (ambos – 4 e 5 – recompõem a lógica de incentivos por programas específicos, o que existia de maneira tímida do Previne Brasil, mas que, nesse novo modelo, é ampliado – mas rememora o tradicional repasse por ‘caixinhas’ de indução de alguns programas); e 6) componente ‘per capita de base populacional’ (chamado componente ‘per capita’ de valor de R\$ 5,95 – este não é uma novidade. Na realidade é uma ‘herança’ do Previne Brasil quando do uso de estratégias de mitigação de perdas de recursos financeiros como ‘medidas atenuantes’).

Assim como ocorreu no Previne Brasil (na passagem do PAB para o Previne), o novo modelo está, nesse momento, em um ‘período de transição’ (do Previne para a Portaria nº 3.493/2024), devido à falta de uma estimativa mais clara de seus efeitos no repasse:

§ 1º Os municípios e Distrito Federal que apresentarem redução dos valores dos componentes recebidos no âmbito da APS, em comparação com os valores nominais recebidos nas últimas doze parcelas anteriores a vigência desta Portaria, farão jus, até saírem da situação de perda, a um valor adicional mensal de compensação, correspondente ao valor da redução acrescido de 10%, desde que seja mantido o quantitativo equivalente de eSF e eAP<sup>10</sup>.

A portaria estabelece, ainda, que os parâmetros de transição incluem incentivo financeiro do componente ‘vínculo e acompanhamento territorial’ para as eSF e eAP, que será transferido durante doze meses (a partir da parcela/competência 05/2024), considerando os valores da classificação ‘bom’, incentivo financeiro do componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti, que será transferido, durante doze meses (a partir da

parcela/competência 05/2024), considerando os valores da classificação ‘bom’. Assim sendo, os efeitos analisados neste estudo não podem ser creditados ao componente ‘vínculo e acompanhamento territorial’ para as eSF e eAP nem para componente ‘qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti’, já que, a rigor, eles estão funcionando igualmente para todos os municípios, o que anula seus efeitos de discriminar diferenças<sup>11</sup>.

O foco do estudo são os 645 municípios do estado de São Paulo, onde foi realizada uma análise comparativa dos valores médios mensais de recursos federais transferidos em 2022, via Previne Brasil, e das parcelas de 2024 (competências de maio a setembro) transferidas com base nos parâmetros da nova portaria, segundo regime de caixa. A fonte de dados do Previne Brasil foi retirada da tese de doutorado de Melo<sup>7</sup>, enquanto os valores do novo modelo instituído pelo governo Lula 3 foram obtidos por meio dos relatórios de pagamento da APS no site e-Gestor APS<sup>12</sup>. Em seguida, foram consolidados de acordo com a organização dos componentes do novo modelo de alocação orçamentária definidos pela Portaria nº 3.493/24.

A escolha do ano de 2022 como base se justifica pelo fato de que, apesar de o modelo do Previne Brasil não ter sido oficialmente revogado em 2023, ele sofreu alterações significativas através de portarias como a nº 635/2023 (introduzindo novos recursos de cofinanciamento para APS)<sup>13</sup>, a nº 960/2023 e a nº 751/2023 (relativas à ampliação recursos para saúde bucal)<sup>14,15</sup>, e a nº 610/2023 e a nº 1464/2023 (prorrogando parâmetros de pagamento por desempenho)<sup>16,17</sup>. Para o ano de 2024, o período escolhido começa na parcela de maio desse mesmo ano (competência 05), quando a nova portaria entrou em vigor, e se estende até setembro (competência 09), aproveitando o tempo disponível para o estudo. A comparação foi feita com base nas médias mensais das transferências totais, buscando verificar se houve aumento, redução ou estabilidade nos valores repassados aos municípios.

O estudo não abrange os valores transferidos através da destinação por emenda parlamentar devido à sua influência no processo alocativo<sup>18,19</sup>, justamente no intuito de verificar apenas o efeito dos critérios do modelo de alocação Lula 3 (Portaria nº 3.493/2024). Os valores foram analisados a preços de 2024, utilizando como índice de correção monetária o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE.

É importante considerar que, a rigor, os períodos de análise não são totalmente comparáveis. Por exemplo, a comparação entre o ano de 2022 (12 meses, regime consolidado) e o período de maio a setembro de 2024 (5 meses, início de implantação) pode induzir a erros. Tendo isso em vista, ainda assim, a escolha desse recorte temporal é justificável em função da expectativa técnica das alterações esperadas pelos gestores a respeito das possíveis perdas e de quais são os novos procedimentos redistributivos que esse novo modelo realizaria. Assim, este estudo, metodologicamente falando, é um exercício necessário para compreender a alteração da quantidade de recursos em função dos componentes, e não a quantidade de recursos em função do período de implantação do modelo (meses de competência).

Ainda, é necessário esclarecer que o período de maio a setembro de 2024 é de transição normativa. Isso significa que o modelo está em implantação e, conforme explicado, apresenta componentes (‘vínculo e acompanhamento’ e ‘qualidade’) ainda em processo de discussão. Nesse sentido, seus funcionamentos apresentam implicações apenas à lógica ideal (planejada) do modelo, contudo, não incidem nos resultados das transferências realizadas até este momento.

Além disso, é necessário destacar que a utilização da tese de doutorado de Melo como fonte de dados, em detrimento do Fundo Nacional de Saúde, deu-se, principalmente, devido ao fato de que, na tese, os valores de alocação do Previne Brasil já haviam sido separados por componente, por município, por

porte populacional, por tipologia do IBGE, por estimativa populacional em 2022 e pelo número do IBGE de cada município, o que aumentou a eficiência na elaboração do trabalho. Enquanto isso, o site e-Gestor APS foi escolhido como fonte de dados por ser a ferramenta de pesquisa local utilizada pelos próprios gestores municipais para verificação das alocações de recursos federais em saúde em seus municípios.

Os dados da tese de Melo<sup>7</sup> foram acessados e a extração feita para este estudo repousou nas transferências totais do Programa Previne Brasil na tese, visto que o artigo final desta tese ainda não foi publicado. Já o acesso aos dados do e-Gestor APS se deu por meio do seguinte caminho em seu *site*<sup>12</sup>: aba ‘Relatórios APS’ e ‘Financiamento APS’, onde, na opção ‘Unidade Geográfica’, foi selecionado o ‘Tipo de Unidade’ como ‘Município’, ‘Estados’ como ‘São Paulo’, e ‘Municípios’ como ‘Todos’. Na opção ‘Período’, ‘Selecione o ano’, foi selecionado ‘2024’, e, por fim, em ‘Selecione as parcelas’, foi escolhida cada competência analisada (05 à 09), uma de cada vez, a fim de gerar o relatório final com os dados de cada competência. Para cada competência avaliada, foi criada uma planilha contendo o nome do município, código IBGE, estimativa populacional 2022, tipologia IBGE, IED, componente ‘fixo e implantação’, componente ‘vínculo e acompanhamento’, componente ‘qualidade’, componente ‘outras equipes’, componente ‘saúde bucal’, componente ‘per

capita’, ‘compensação’ (devido ao período de transição) e o valor total da alocação de recursos federais recebidos de cada município no mês da competência estudada. Com isso, foram criadas as tabelas de comparação entre os valores do Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019) e os valores da Portaria nº 3.493/2024.

Para fins de análise e consolidação, os municípios foram classificados de acordo com o IED, porte populacional, segundo a metodologia do IBGE, macrorregião e região/ Comissão Intergestores Regional (CIR), pela quantidade de eSF e eAP, criadas pela Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019<sup>20</sup>.

## Resultados

Com relação aos valores reais repassados aos municípios do estado de São Paulo em 2024, observou-se uma melhora importante em comparação com os recursos recebidos via Previne Brasil. Dos 645 municípios analisados, 98,5% (635 municípios) tiveram uma variação positiva (ou seja, ganham recursos financeiros nesse novo modelo) na média dos repasses mensais, totalizando um aumento real de R\$ 109.904,415,13, como mostrado na *tabela 1*. Apenas 1,5% (10 municípios) apresentaram uma variação negativa (ou seja, perderam recursos financeiros nesse novo modelo), com perda de valores pouco significativa.

Tabela 1. Variação positiva e negativa da média mensal recebida pelos municípios do estado de São Paulo em 2024, com valores absolutos e quantidade de municípios

Variação Negativa		Variação Positiva	
Quant. Municípios	Valores	Quant. Municípios	Valores
10 (1,5%)	-R\$ 508.129,37	635 (98,5%)	R\$ 109.904.415,13

Fonte: elaboração própria com dados da tese de Melo<sup>7</sup>, eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Cabe destacar que, no novo modelo, há previsão de uma transferência compensatória com relação aos volumes recebidos nas doze competências anteriores. De tal maneira, a variação negativa registrada nesses resultados pode refletir a escolha metodológica pela utilização do comparativo de médias mensais de recebimentos.

A análise das variações nos repasses financeiros conforme o IED, criado pela Portaria nº 3.493/24, evidencia dinâmicas importantes

sobre a distribuição dos recursos aos municípios do estado de São Paulo. Os resultados mostram que, embora o IED proteja os municípios mais vulneráveis (Estrato 2), garantindo que nenhum deles tenha apresentado perdas financeiras – o que realmente é o desejado –, a concentração absoluta média (ganho médio por município) de recursos adicionais foi maior nos municípios classificados como menos vulneráveis (Estrato 4), como observado na *tabela 2*.

Tabela 2. Classificação dos municípios do estado de São Paulo segundo o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), com variação financeira mensal e média por município em 2024

IED	Total Municípios	Varição Negativa	Quant. Municípios Neg.	Perda Média por Município	Varição Positiva	Quant. Municípios Pos.	Ganho Médio por Município
Estrato 2	3	R\$ 0,00	0 (0%)	R\$ 0,00	R\$ 165.471,85	3 (100%)	R\$ 55.157,28
Estrato 3	304	-R\$ 235.751,62	5 (1,6%)	-R\$ 47.150,32	R\$ 17.859.139,23	299 (98,4%)	R\$ 59.729,56
Estrato 4	338	-R\$ 272.377,74	5 (1,4%)	-R\$ 54.475,55	R\$ 91.879.804,04	333 (98,6%)	R\$ 275.915,33
<b>Subtotal</b>	<b>645</b>	<b>-R\$ 508.129,36</b>	<b>10 (1,5%)</b>	<b>-R\$ 50.812,94</b>	<b>R\$109.904.415,13</b>	<b>635 (98,5%)</b>	<b>R\$ 173.077,82</b>

Fonte: elaboração própria com dados da tese de Melo<sup>7</sup>, eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Do ponto de vista da média municipal, o ganho médio por município também foi significativamente superior nos municípios do Estrato 4. Esse resultado sugere que a metodologia de alocação de recursos pode, de alguma forma, privilegiar a capacidade operacional ou instalada, característica mais frequente nesses municípios, uma vez que esse estrato inclui uma maior proporção de municípios de grande porte e, conseqüentemente, maior capacidade de arrecadação, além de haver resultados no IVS que sugerem menor vulnerabilidade. Ademais, o novo modelo está na primeira fase de implantação, o que significa que o peso das transferências recai sobre dois componentes, que, apesar de não estarem sendo contabilizados de acordo com o atingimento real das metas, repousam no número de eSF e eAP

homologadas, ou seja, repousam em maior capacidade instalada.

Quando se analisam as perdas, observa-se que a perda média por município é relativamente próxima entre os diferentes estratos que apresentaram variação negativa. Em síntese, os municípios menos vulneráveis (Estrato 4) apresentam perdas médias próximas às dos demais estratos, mas os ganhos médios por município superam de forma expressiva (5 vezes mais) os dos municípios mais vulneráveis (Estratos 2 e 3). Em outras palavras, quando se perde, perde-se mais homogeneamente entre os estratos (o que parece anular o efeito da classificação dos estratos quando se trata de perdas médias). Já quando se ganha, a classificação por estratos discrimina demasiadamente o estrato menos vulnerável (Estrato 4).

Essa desigualdade reflete uma limitação importante no modelo, pois, apesar de não haver prejuízos significativos aos menos vulneráveis, parece não haver uma correspondência direta entre o nível de vulnerabilidade e os repasses financeiros, tanto em termos de volume quanto no número de municípios beneficiados. Assim,

embora o novo modelo avance ao proteger os municípios mais vulneráveis de perdas (o que é muito importante), permanece concentrando ganhos médios nos municípios menos vulneráveis (sendo, portanto, iníquo), evidenciando desafios a serem enfrentados para alcance da equidade na alocação dos recursos da APS.

Tabela 3. Classificação dos municípios do estado de São Paulo segundo porte populacional, com variação financeira mensal e média por município em 2024.

Porte Populacional	Total Mun.	Variação Neg.	Quant. Mun. Neg.	Perda Média por Mun.	Variação Pos.	Quant. Mun. Pos.	Ganho Médio por Mun.
1 - Até 20 mil hab.	384 (59,5%)	-R\$ 348.479,46	7 (1,8%)	-R\$ 49.782,78	R\$ 70.891.539,90	377 (98,2%)	R\$ 188.041,22
2 - Acima de 20mil até 50mil hab.	118 (18,3%)	-R\$ 154.291,13	2 (1,7%)	-R\$ 77.145,57	R\$ 14.861.985,02	116 (98,3%)	R\$ 128.120,56
3 - Acima de 50mil até 100mil hab.	62 (9,6%)	R\$ 0,00	0 (0%)	R\$ 0,00	R\$ 8.272.984,39	62 (100%)	R\$ 133.435,23
4 - Acima de 100mil hab.	81 (12,6%)	-R\$ 5.358,77	1 (1,2%)	-R\$ 5.358,77	R\$ 15.877.905,75	80 (98,8%)	R\$ 198.473,82
<b>Subtotal</b>	<b>645 (100%)</b>	<b>-R\$ 508.129,36</b>	<b>10 (1,5%)</b>	<b>-R\$ 50.812,94</b>	<b>R\$109.904.415,13</b>	<b>635 (98,5%)</b>	<b>R\$ 173.077,82</b>

Fonte: elaboração própria, com dados da tese de Melo<sup>7</sup>, eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

A *tabela 3* mostra a variação média mensal, agora, por porte populacional dos municípios. Ao analisar a distribuição das perdas e dos ganhos, observa-se que as perdas se concentram nos municípios de menor porte, embora sejam pouco significativas. Os municípios de grande porte apresentam tanto os menores valores absolutos de perda média quanto a menor quantidade de municípios afetados com a variação negativa dentro de sua categoria.

Por outro lado, os ganhos financeiros, em termos absolutos, concentram-se nos municípios de até 20 mil habitantes. Esse fenômeno ocorre, principalmente, devido à predominância desses municípios no estado, que representam, aproximadamente, 60% do total, classificados quanto ao porte populacional em até 20 mil habitantes. Contudo, quando se analisa pela distribuição dos ganhos médios entre as diferentes categorias de porte populacional, é possível perceber que a média é próxima entre os diferentes

portes populacionais. Assim como ocorreu no modelo do Previne Brasil, o porte populacional parece apresentar uma correlação positiva mais plausível (quanto maior o porte populacional, maior a quantidade dos recursos recebidos) com as estratégias do novo modelo de alocação, mesmo não se tratando de um ‘gradiente perfeito’, conforme visto na *tabela 3*.

Durante o período de transição do Previne Brasil para o novo modelo de alocação da APS do governo Lula 3, os municípios passaram a receber recursos vinculados aos componentes ‘vínculo e acompanhamento territorial’ e ‘qualidade eSF, eAP, eSB e eMulti’, como se tivessem alcançado, todos eles, a faixa ‘bom’, uma vez que as regras de apuração dos indicadores relacionados aos componentes ainda não estão publicadas. Isso finda por anular o peso explicativo desse componente. Quando houver o encerramento do período de transição, com a inclusão de critérios baseados em indicadores e produção no cálculo dos repasses, é possível

que as desigualdades estruturais e organizacionais entre os municípios possam se tornar mais evidentes devido a esses componentes. Municípios menores (aproximadamente 85% dos municípios do País têm menos de 50 mil habitantes), que, em geral possuem menos equipes e menor capacidade instalada, tendem a enfrentar desafios significativos para manter os níveis atuais de sustentabilidade financeira.

A classificação conforme as macrorregiões e regiões/CIR traz dados importantes do ponto de vista da regionalização, conforme pode ser visto nas *tabelas 4 e 5*. Os municípios que perderam recursos se encontram divididos em 7 macrorregiões: Araraquara, Campinas, Grande São Paulo, Marília, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Sorocaba, sendo que nenhuma região teve mais que um município com variação negativa.

Todas as regiões analisadas possuem, no mínimo, uma eAP e 14 eSF. No entanto, observa-se uma concentração significativa das equipes, tanto de eSF quanto de eAP homologadas, na macrorregião da Grande São Paulo. Essa macrorregião não apenas abriga o maior número de equipes, mas também é a mais populosa, o que reflete diretamente no volume de recursos recebidos.

De fato, a Grande São Paulo destacou-se como a região com o maior ganho na variação média mensal, totalizando R\$ 44.785.025,23. Esse cenário contrasta com o que foi apontado por Melo<sup>7</sup>, ao final da implementação do modelo Previne Brasil. Naquela ocasião, os maiores municípios foram justamente os que registraram as maiores perdas. Esse contraste pode ser atribuído às mudanças metodológicas

do novo modelo de alocação, que introduziu critérios mais alinhados com as características estruturais e populacionais das macrorregiões, além de considerar a quantidade de equipes e sua distribuição.

A região que apresentou a maior perda de recursos foi Adamantina, localizada na macrorregião de Marília, com uma variação negativa de R\$ 146.061,37. Essa região conta com um total de 35 eSF e 5 eAP. Um ponto que chama atenção é a perda de recursos na área do Aquífero Guarani, que pode estar diretamente relacionada à maior presença de eAP nos municípios dessa região.

Diferentemente do modelo do Previne Brasil, que atribuía valores de cofinanciamento proporcionais tanto para eAP quanto para eSF, o novo modelo estabelecido pela Portaria nº 3493/2024 prioriza as eSF. Essa priorização reflete as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>21</sup>, que destaca as eSF como a tipologia central para a organização da atenção primária.

No contexto do Previne Brasil, municípios mais vulneráveis tinham seu peso adicional neutralizado pelo volume reduzido de cadastros, o que, muitas vezes, resultava em uma distribuição desigual dos recursos. Já no novo modelo, instituído no governo Lula 3, observa-se um esforço para fortalecer as eSF, promovendo um alinhamento maior com as prioridades estabelecidas pela PNAB. Esse enfoque pode ser considerado um avanço, pois incentiva a consolidação do modelo prioritário da atenção básica, que é mais abrangente e centrado na proximidade e continuidade do cuidado junto às comunidades.

Tabela 4. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Grande São Paulo, Marília e Piracicaba, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun.		Qnt Mun.
							Neg.	Variação Pos.	
Araçatuba	Central	11	298.249	68	16	R\$ 0,00	0	R\$ 976.787,25	11
	Consórcios	17	263.703	72	9	R\$ 0,00	0	R\$ 1.024.180,48	17
	Lagos	12	197.605	66	7	R\$ 0,00	0	R\$ 953.138,61	12
<b>Subtotal</b>		<b>40</b>	<b>759.557</b>	<b>206</b>	<b>32</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 2.954.106,34</b>	<b>40 (100%)</b>
Araraquara	Central	8	314.890	45	28	-R\$ 74.109,32	1	R\$ 694.488,10	7
	Centro Oeste	5	137.832	14	12	R\$ 0,00	0	R\$ 155.023,63	5
	Coração	6	390.525	53	14	-R\$ 13.517,27	1	R\$ 580.798,26	5
	Norte	5	149.059	31	19	R\$ 0,00	0	R\$ 433.296,68	5
<b>Subtotal</b>		<b>24</b>	<b>992.306</b>	<b>143</b>	<b>73</b>	<b>-R\$ 87.626,59</b>	<b>2 (8,4%)</b>	<b>R\$ 1.863.606,67</b>	<b>22 (91,6%)</b>
Baixada Santista	Baixada Santista	9	1.805.531	325	76	R\$ 0,00	0	R\$ 4.838.231,86	9
<b>Subtotal</b>		<b>9</b>	<b>1.805.531</b>	<b>325</b>	<b>76</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 4.838.231,86</b>	<b>9 (100%)</b>
Barretos	Norte	10	285.684	57	18	R\$ 0,00	0	R\$ 1.032.682,61	10
	Sul	8	142.795	34	12	R\$ 0,00	0	R\$ 690.685,15	8
<b>Subtotal</b>		<b>18</b>	<b>428.479</b>	<b>91</b>	<b>30</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 1.723.367,77</b>	<b>18 (100%)</b>
Bauru	Bauru	18	644.731	84	61	R\$ 0,00	0	R\$ 1.578.303,11	18
	Jau	12	324.768	44	22	R\$ 0,00	0	R\$ 837.129,12	12
	Lins	8	157.929	31	16	R\$ 0,00	0	R\$ 592.801,05	8
	Polo Cuesta	13	302.784	64	33	R\$ 0,00	0	R\$ 985.223,72	13
	Vale do Jurumirim	17	303.615	67	12	R\$ 0,00	0	R\$ 1.028.493,17	17
<b>Subtotal</b>		<b>68</b>	<b>1.733.827</b>	<b>290</b>	<b>144</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 5.021.950,17</b>	<b>68 (100%)</b>
Campinas	Bragança	12	507.438	66	59	R\$ 0,00	0	R\$ 1.083.642,84	12
	Campinas	18	3.145.315	434	147	-R\$ 34.132,99	1	R\$ 4.421.227,29	17
	Circuito das Águas	5	131.473	47	7	-R\$ 8.863,50	1	R\$ 677.264,98	4
	Jundiaí	7	843.633	87	106	R\$ 0,00	0	R\$ 1.638.544,73	7
<b>Subtotal</b>		<b>42</b>	<b>4.627.859</b>	<b>634</b>	<b>319</b>	<b>-R\$ 42.996,49</b>	<b>2 (4,8%)</b>	<b>R\$ 7.820.679,84</b>	<b>40 (95,2%)</b>
Franca	Alta Anhan-guera	6	148.066	36	2	R\$ 0,00	0	R\$ 645.607,16	6
	Alta Mo-giana	6	111.606	29	9	R\$ 0,00	0	R\$ 650.433,55	6
	Três Colinas	10	424.174	38	40	R\$ 0,00	0	R\$ 963.907,46	10
<b>Subtotal</b>		<b>22</b>	<b>683.846</b>	<b>103</b>	<b>51</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 2.259.948,17</b>	<b>22 (100%)</b>
Grande São Paulo	ABC	7	2.696.530	494	104	R\$ 0,00	0	R\$ 6.627.685,90	7
	Alto do Tietê	11	2.621.069	258	163	-R\$ 80.181,82	1	R\$ 3.527.731,44	10
	Franco da Rocha	5	591.562	130	27	R\$ 0,00	0	R\$ 2.347.659,72	5
	Mananciais	8	1.118.024	134	102	R\$ 0,00	0	R\$ 2.207.767,68	8
	Rota	7	1.954.889	130	210	R\$ 0,00	0	R\$ 1.497.246,21	7
	São Paulo	1	11.451.999	1649	415	R\$ 0,00	0	R\$ 28.576.934,28	1
<b>Subtotal</b>		<b>39</b>	<b>20.434.073</b>	<b>2795</b>	<b>1021</b>	<b>-R\$ 80.181,82</b>	<b>1 (2,6%)</b>	<b>R\$ 44.785.025,23</b>	<b>38 (97,4%)</b>

Tabela 4. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Grande São Paulo, Marília e Piracicaba, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun.		
							Neg.	Variação Pos.	Qnt Mun. Pos.
Marília	Adamantina	10	130.843	35	5	-R\$ 146.061,37	1	R\$ 507.448,69	9
	Assis	13	240.868	45	16	R\$ 0,00	0	R\$ 828.032,87	13
	Marília	19	382.161	105	7	R\$ 0,00	0	R\$ 1.717.193,21	19
	Ourinhos	12	224.302	36	22	R\$ 0,00	0	R\$ 783.087,43	12
	Tupã	8	125.835	31	12	R\$ 0,00	0	R\$ 413.548,56	8
<b>Subtotal</b>		<b>62</b>	<b>1.104.009</b>	<b>252</b>	<b>62</b>	<b>-R\$ 146.061,37</b>	<b>1 (1,7%)</b>	<b>R\$ 4.249.310,77</b>	<b>61(98,3%)</b>
Piracicaba	Araras	5	334.950	44	24	R\$ 0,00	0	R\$ 594.117,44	5
	Limeira	4	357.916	53	3	R\$ 0,00	0	R\$ 627.356,00	4
	Piracicaba	11	605.080	78	52	R\$ 0,00	0	R\$ 1.331.258,25	11
	Rio Claro	6	256.792	36	11	R\$ 0,00	0	R\$ 616.624,56	6
<b>Subtotal</b>		<b>26</b>	<b>1.554.738</b>	<b>211</b>	<b>90</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 3.169.356,25</b>	<b>26</b>

Fonte: elaboração própria, com dados da tese de Melo<sup>7</sup>, eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Tabela 5. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Presidente Prudente, Registro, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, Sorocaba, Taubaté e Total, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total		eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun.		
		Mun.	População				Neg.	Variação Pos.	Qnt Mun. Pos.
Presidente Prudente	Alta Pta	12	132.622	45	15	R\$ 0,00	0	R\$ 905.188,81	12
	Alta Sorocabana	19	412.630	88	44	R\$ 0,00	0	R\$ 1.875.797,18	19
	Alto Capivari	5	56.401	18	2	R\$ 0,00	0	R\$ 303.894,20	5
	Extremo Oeste	5	88.009	29	4	R\$ 0,00	0	R\$ 490.342,93	5
	Pontal	4	63.454	31	1	R\$ 0,00	0	R\$ 508.542,91	4
<b>Subtotal</b>		<b>45</b>	<b>753.116</b>	<b>211</b>	<b>66</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 4.083.766,03</b>	<b>45 (100%)</b>
Registro	Vale do Ribeira	15	277.852	107	7	R\$ 0,00	0	R\$ 1.796.871,18	15
<b>Subtotal</b>		<b>15</b>	<b>277.852</b>	<b>107</b>	<b>7</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 1.796.871,18</b>	<b>15</b>
Ribeirão Preto	Aqüífero Guarani	10	893.031	84	135	-R\$ 75.090,12	1	R\$ 1.282.617,98	9
	Horizonte Verde	9	413.702	42	33	R\$ 0,00	0	R\$ 675.261,31	9
	Vale das Cachoeiras	7	135.941	35	7	R\$ 0,00	0	R\$ 648.239,39	7
<b>Subtotal</b>		<b>26</b>	<b>1.442.674</b>	<b>161</b>	<b>175</b>	<b>-R\$ 75.090,12</b>	<b>1 (3,9%)</b>	<b>R\$ 2.606.118,66</b>	<b>25 (96,1%)</b>
São João da Boa Vista	Baixa Mogiana	4	627.380	52	41	R\$ 0,00	0	R\$ 1.134.219,41	4
	Mantiqueira	8	268.362	61	8	R\$ 0,00	0	R\$ 785.289,26	8
	Rio Pardo	8	206.531	36	21	R\$ 0,00	0	R\$ 583.330,39	8
<b>Subtotal</b>		<b>20</b>	<b>1.102.273</b>	<b>149</b>	<b>70</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>R\$ 2.502.839,07</b>	<b>20 (100%)</b>

Tabela 5. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Presidente Prudente, Registro, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, Sorocaba, Taubaté e Total, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total					Qnt Mun.		Qnt Mun.
		Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Neg.	Variação Pos.	
São José do Rio Preto	Bonifácio	11	101.427	25	10	R\$ 0,00	0	R\$ 594.488,77	11
	Catanduva	19	298.381	75	34	R\$ 0,00	0	R\$ 1.688.072,52	19
	Fernandópolis	13	114.856	46	4	-R\$ 60.916,34	1	R\$ 876.449,78	12
	Jales	16	102.341	33	3	R\$ 0,00	0	R\$ 489.004,97	16
	Rio Preto	20	765.491	147	26	-R\$ 5.358,77	1	R\$ 2.671.922,13	19
	Sta Fé	6	74.894	15	0	R\$ 0,00	0	R\$ 242.057,29	6
	Votuporanga	17	198.031	72	12	R\$ 0,00	0	R\$ 1.410.640,52	17
<b>Subtotal</b>		<b>102</b>	<b>1.655.421</b>	<b>413</b>	<b>89</b>	<b>-R\$ 66.275,10</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>R\$ 7.972.635,97</b>	<b>100 (98%)</b>
Sorocaba	Itapetininga	13	496.205	92	39	R\$ 0,00	0	R\$ 1.435.280,75	13
	Itapeva	15	273.248	79	8	R\$ 0,00	0	R\$ 1.646.583,11	15
	Sorocaba	20	1.780.501	156	110	-R\$ 9.897,88	1	R\$ 2.860.799,58	19
<b>Subtotal</b>		<b>48</b>	<b>2.549.954</b>	<b>327</b>	<b>157</b>	<b>-R\$ 9.897,88</b>	<b>1 (2,1%)</b>	<b>R\$ 5.942.663,44</b>	<b>47 (97,9%)</b>
Taubaté	Alto Vale	8	1.086.313	161	87	R\$ 0,00	0	R\$ 2.268.290,91	8
	Circuito da Fé e Vale Histórico	17	454.993	86	19	R\$ 0,00	0	R\$ 1.457.052,13	17
	Litoral Norte	4	344.383	100	3	R\$ 0,00	0	R\$ 1.410.259,39	4
	Vale do Paraíba e Região Serrana	10	620.034	84	54	R\$ 0,00	0	R\$ 1.178.335,26	10
<b>Subtotal</b>		<b>39</b>	<b>2.505.723</b>	<b>431</b>	<b>163</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>0</b>	<b>R\$ 6.313.937,68</b>	<b>39</b>
<b>Total</b>		<b>645</b>	<b>44.411.238</b>	<b>6849</b>	<b>2625</b>	<b>-R\$ 508.129,37</b>	<b>10 (1,5%)</b>	<b>R\$ 109.904.415,11</b>	<b>635 (98,5%)</b>

Fonte: elaboração própria, com dados da tese de Melo<sup>7</sup>, eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

## Discussão

A comparação entre o modelo de alocação de recursos para a APS do Previne Brasil e o novo modelo instituído pela Portaria nº 3.493/2024 mostra uma significativa superação no que se refere às perdas financeiras enfrentadas pelos municípios. No Previne Brasil, um número expressivo de municípios apresentou variação negativa, evidenciando a dificuldade do modelo anterior em promover uma distribuição minimamente igualitária dos recursos<sup>7</sup>. Isso pode estar relacionado à pertinência dos indicadores usados para operacionalizar a

vulnerabilidade no Previne Brasil. Mango e Carnut<sup>22</sup> compilaram dados de estudos que avaliavam os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previne Brasil. Entre seus principais achados, os autores afirmam que a compreensão de vulnerabilidade trazida pelo Previne era fortemente individualizante, focalizadora e favorecia a inserção da lógica de cobertura universal e carteira de serviços, apresentando limites quanto à sua pertinência na traducibilidade da vulnerabilidade. Já no novo modelo do governo Lula 3 (Portaria nº 3.493/2024), houve uma drástica redução no número de municípios que registraram perdas.

Esse avanço pode ser atribuído à introdução de elementos compensatórios e à reformulação da metodologia de cálculo, que agora incorpora uma compreensão mais ampla dos aspectos da vulnerabilidade social e, ainda, o porte populacional, por meio do IED.

Se no Previne Brasil havia uma proposta de alocação para a APS orientada por uma perspectiva focalizadora, neosseletiva e de caráter mercadológico<sup>23</sup>, no novo modelo do governo Lula 3, o IED redistribui o recurso, mas de uma forma ambivalente. Por um lado, cumpre um importante papel ao proteger os municípios mais vulneráveis de perdas financeiras absolutas, refletindo um reconhecimento das desigualdades existentes e uma tentativa de promover maior segurança financeira para municípios com maior vulnerabilidade social, especialmente em regiões com menor capacidade instalada e arrecadativa, conforme os dados acima sugerem.

No entanto, ao analisar os resultados práticos do IED, percebe-se que sua aplicação não reorienta os recursos de maneira plenamente equânime<sup>24</sup>, conforme afirma seu nome. Em vez disso, o índice contribui para uma redistribuição que pode ser considerada, inclusive, iníqua. Se há algum resquício de equidade nesse índice, só pode ser em seu sentido reduzido a uma perspectiva neoclássica<sup>25</sup> e utilitarista<sup>26</sup>, herdado das mudanças recentes proporcionadas pelo Previne Brasil, que entendem a 'equidade' como mais próxima da 'focalização de recursos'<sup>23</sup>, compreensão muito alinhada, por certo, aos avanços neoliberais no campo da saúde. De fato, o novo modelo do governo Lula 3, segundo os dados analisados neste estudo, não gerou focalização de recursos no estado de São Paulo, mas privilegia a capacidade operacional instalada.

Isso pode ser verificado da seguinte maneira: mesmo com pouquíssimos municípios perdendo recursos (1,5%), a redistribuição dos recursos financeiros acompanha, em grande medida, o porte populacional e não o nível de vulnerabilidade do estrato em que se encontra o grupo de municípios. Esse

paradoxo indica que, embora a consideração da vulnerabilidade social seja um componente central na fórmula do IED, o porte populacional exerce um peso desproporcional na definição dos valores repassados, favorecendo os municípios maiores.

Em uma revisão integrativa da literatura de caráter mundial sobre as dimensões essenciais das metodologias de alocação equitativa de recursos financeiros em saúde, Carnut, Mendes e Leite<sup>27</sup> encontraram que, em todos os estudos revisados, as implicações éticas relativas à equidade devem ser operacionalizadas. É nesse sentido que se deve entender quais indicadores são mais relevantes/sensíveis à equidade a partir de cada situação locorregional. Diante disso é que a dinâmica do novo modelo de alocação do governo Lula 3 sugere que o 'porte populacional' funciona como um indicador mais sensível ao desenvolvimento local, discriminando de forma mais precisa as diferenças entre os municípios, e, por isso, é o possível indicador a ser considerado ao se operacionalizarem critérios de alocação equitativa. No entanto, se não se atentar ao peso do porte populacional como dimensão que apresenta correlação positiva com a média de ganho de recurso, é possível que a preponderância do 'porte populacional' possa ofuscar as necessidades reais dos municípios menores e mais vulneráveis, perpetuando iniquidades na alocação de recursos. Importante destacar que não houve ampliação dos recursos *per capita* nesse novo modelo, que é fundante na alocação de recursos em saúde e utilizado em outros sistemas universais de saúde, de acordo com os autores.

Logo, embora o IED represente um avanço em termos de mitigação de perdas absolutas, sua capacidade de promover uma redistribuição verdadeiramente equitativa ainda é limitada, apontando para a necessidade de aprimoramento da metodologia para alcançar maior justiça social<sup>28</sup> na alocação de recursos para a saúde. O papel da equidade na distribuição de recursos em sistemas universais de saúde tem sido uma preocupação

internacional. Em uma recente revisão sistemática sobre o modelo de alocação de recursos no National Health Service inglês, Picolli e Mendes<sup>29</sup> encontraram que a maioria dos artigos incluídos apresentou aspectos acerca de como os modelos de alocação refletem a equidade no acesso aos serviços. Outro estudo sobre o modelo de alocação de recursos no National Health Service escocês demonstra que a busca de justiça social não é apenas uma questão técnica, mas uma opção política em sistemas universais, e a fórmula de alocação necessita refletir esses valores em seu aprimoramento<sup>30</sup>, especialmente no que tange ao refino da equidade<sup>20</sup>.

Outro aspecto importante dos achados se refere às perdas médias substantivas na região do Aquífero Guarani. As perdas financeiras nessa região podem estar associadas à maior presença de eAP, o que revela uma característica importante do novo modelo de alocação de recursos do governo Lula 3: ele não necessariamente induz à perda, porém, o modelo desincentiva a manutenção e a priorização desse tipo de equipe. Diferentemente do modelo anterior (Previne Brasil), que equiparava os valores de cofinanciamento entre as eAP e as eSF, o novo modelo da Portaria nº 3.493/2024 atribui maior peso às eSF, alinhando-se à diretriz da PNAB, que reposiciona as eSF como prioritárias. Na revisão de Diniz e Bulgareli<sup>31</sup>, as autoras já demonstravam que, para que essa ampliação das eSF fosse efetivada, havia a necessidade de aumentar a alocação financeira pelo ente federal e garantir alocação pelo ente estadual, a fim de que houvesse sustentabilidade da APS nos próximos anos, priorizando esse nível de atenção como ordenadora do sistema local. Pelos dados apresentados do efeito do novo modelo do governo Lula 3 neste estudo, pelo menos o caráter indutivo das eSF parece ser verificável.

Essa mudança de prioridade pode ser vista como uma estratégia de indução de políticas públicas, orientando os municípios a fortalecerem as eSF. Contudo, é importante observar que essa transição exige planejamento e

suporte técnico, especialmente em regiões onde as eAP desempenham um papel significativo no acesso à saúde. Nesse contexto, a questão central não é apenas se o modelo desincentiva ou induz a perdas, mas como ele pode oferecer suporte adequado para a transição sem comprometer a assistência à população local.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas no contexto de análise do novo modelo de alocação de recursos financeiros para a APS. Em primeiro lugar, a impossibilidade de avaliar plenamente as dimensões vinculadas aos componentes de desempenho e vínculo, que foram preenchidas com a classificação 'bom' durante o período de transição, configura uma análise parcial do modelo, restringindo-se a uma avaliação preliminar de sua operacionalização. Além disso, os resultados apresentados são específicos para o estado de São Paulo, o que inviabiliza sua generalização para outras unidades federativas, considerando as diferentes realidades de cada território e da organização dos serviços de saúde de outros estados. É importante destacar que a análise foi realizada em um momento específico do período de transição, o que implica que os resultados podem sofrer alterações significativas à medida que o modelo amadureça e que novas diretrizes sejam implementadas. Assim, os achados devem ser interpretados à luz dessas limitações, reforçando a necessidade de análises longitudinais e em outros territórios para maior compreensão de suas induções na APS.

Trata-se, ainda, da primeira investigação que avalia, de maneira sistemática, as induções da Portaria nº 3.493/2024 em âmbito municipal, oferecendo subsídios importantes para a discussão sobre equidade na alocação de recursos. O estado de São Paulo, além de ser o estado mais rico da federação, é quem concentra o maior volume de recursos financeiros destinados à saúde, o que torna seus resultados altamente representativos para compreender a operacionalização do modelo

em contextos de grande complexidade econômica e administrativa. Essa escolha permite, também, explorar as particularidades de um território que, apesar de sua riqueza, apresenta desigualdades marcantes entre municípios, refletindo desafios estruturais encontrados em outras regiões do País. Para garantir a precisão dos resultados, foi utilizada uma metodologia de cálculo rigorosa, com dados ajustados pela inflação, permitindo uma avaliação realista das variações nos recursos financeiros transferidos aos municípios. Essa abordagem possibilita distinguir de forma nítida as perdas e os ganhos, não apenas considerando os valores nominais repassados, mas também ajustando-os ao poder de compra real dos recursos no período analisado.

A presente pesquisa abre caminhos para uma agenda de estudos futuros que explorem de forma mais abrangente as induções do novo modelo de alocação da APS. Um primeiro passo seria analisar o modelo como um todo, contemplando os indicadores de qualidade assim que forem definidos e implementados, permitindo compreender se e como esses indicadores alteram o padrão de distribuição de recursos identificado neste estudo. Além disso, seria fundamental investigar em que medida essas alterações promovem ou reforçam a equidade na alocação de recursos entre os municípios. Outra vertente essencial de pesquisa seria examinar os efeitos do modelo em estados com características distintas, especialmente aqueles que apresentam maior proporção de municípios de pequeno porte e classificados no estrato 1 do IED (que o estado estudado não contempla), dado que essas localidades enfrentam os maiores desafios de vulnerabilidade e capacidade instalada.

## Conclusões

Segundo os dados analisados, o novo modelo de alocação para a APS (Portaria nº 3.493/2024) apresenta algumas inovações na composição de suas dimensões, que são dignas de um

esforço técnico-metodológico para incutir o princípio da equidade em sua proposta de redistribuição dos recursos. A primeira é o IVS associado ao porte populacional, que introduz critérios mais alinhados às desigualdades sociais e econômicas dos territórios, substituindo a tipologia rural-urbana do modelo anterior (Previne Brasil). Esse avanço permite uma melhor adequação dos recursos às necessidades locais, promovendo, teoricamente, maior equidade na distribuição dos recursos. Além disso, o modelo incorpora um mecanismo de compensação que considera os valores efetivamente recebidos pelos municípios nos períodos anteriores, somando 10% à diferença. Essa medida, conforme visto nos dados analisados, protege os municípios das situações de perda de recursos que havia no modelo anterior (Previne Brasil) e, ainda, evita descontinuidades abruptas na alocação (em função do acréscimo de diferença de 10%).

A segunda inovação na composição de suas dimensões (componentes) se refere ao aumento da proporção dos repasses federais realizado por meio de um novo componente: o de ‘vínculo e acompanhamento’, em detrimento do componente ‘fixo’ do mesmo modelo (Portaria nº 3.493/2024). Isso é uma permanência da vinculação de recursos repassados pela lógica de desempenho, perpetuando o foco em metas específicas e indicadores, em vez de considerar a estrutura de oferta instalada. Em que pese que esse componente não teve influência na análise realizada neste artigo (pelo fato de que todos os municípios receberam o mesmo valor do estrato ‘bom’ – já que os indicadores ainda não tinham sido pactuados), a persistência da lógica é uma herança do antigo componente ‘pagamento por desempenho’, que existia no Previne. Essa indefinição dos parâmetros de cálculo do componente ‘vínculo e acompanhamento’, juntamente com a indefinição do parâmetro de cálculo do componente ‘qualidade’, gera incertezas sobre as reais induções do novo modelo na organização e no financiamento da APS.

Essas alterações e permanências na composição das dimensões (componentes) do novo modelo têm consequências na forma de indução das ações no nível local.

Algumas alterações podem ser consideradas positivas. Primeiro: a diminuição do valor alocado às eAP é o primeiro exemplo disso. Essa diminuição do valor, em contraste com os valores repassados às eSF, findou por priorizar as eSF em detrimento das eAP. Isso está em consonância com o enfoque da PNAB, que reconhece as eSF como o modelo prioritário de organização da APS no Brasil. Segundo: essa mudança foi acompanhada por uma ampliação dos recursos destinados às eSF, reforçando a relevância dessas equipes na estruturação dos serviços e na cobertura territorial. Terceiro: outra importante inovação foi fato de que, no novo modelo, a classificação da vulnerabilidade tem como base o ‘município’ e não apenas no ‘indivíduo’ (como era no Previne e como ainda ocorre na metodologia de cálculo do componente de ‘vínculo e acompanhamento territorial’). Isso ajuda a retirar o peso do cadastro dos indivíduos no cálculo dos repasses, o que tende a beneficiar municípios com menor capacidade instalada ou que apresentam dificuldades institucionais locais relacionadas ao ato de cadastrar sua população (que não era cadastrada no Previne).

Por fim, algumas permanências da lógica indutora do Previne Brasil ainda se fazem presentes no novo modelo. Primeiro: a alocação de recursos do nível federal às eAP foi mantido, embora em menor proporção, preservando uma estrutura que ainda se sustenta em municípios com essa tipologia de equipe – não induzindo o caráter substitutivo preconizado

pela PNAB/2006. Segundo: a lógica de pagamento baseada no atingimento de indicadores de desempenho foi mantida no componente ‘vínculo e acompanhamento’, esperando por ser posta em prática no momento político oportuno. O mesmo se aplica ao componente ‘qualidade’, que também espera uma regulamentação futura que estabeleça os indicadores para mensuração desse componente. Essas métricas, se relacionadas majoritariamente a procedimentos e consultas, reproduzirão a permanência de um enfoque gerencialista (que já estava no Previne).

Em síntese, o novo modelo de alocação de recursos para a APS no governo Lula 3 apresenta uma combinação de inovações que visam a uma maior coerência com os princípios da PNAB e elementos herdados do modelo Previne Brasil, que ainda refletem uma lógica gerencialista e mercadológica. Enquanto o novo modelo avança ao priorizar as eSF e introduzir critérios mais equitativos na distribuição de recursos, ainda mantém elementos que reproduzem desigualdades e limitam a superação de barreiras estruturais. O equilíbrio entre essas características será determinante para avaliar a efetividade do modelo na consolidação de uma APS mais justa e alinhada aos princípios do SUS.

## Colaboradores

Tocillo GL (0009-0004-8297-4593)\*, Carnut L (0000-0001-6415-6977)\*, Mendes Á (0000-0002-5632-4333)\* e Melo MA (0000-0003-2187-1203)\* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1181-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
2. Mendes Á, Carnut L, Melo M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. *Saude Soc*. 2023;32(1):e210307pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2019 nov 13 [acesso em 2024 ago 20]; Edição 220; Seção I:109. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)
4. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(Esp 1):224-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>
5. Mendes KMC, Carnut L, Guerra LDS. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo “Programa Previne Brasil”. *J Manag Prim Health Care*. 2022;14:e002. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.i1186>
6. Mendes Á, Carnut L. Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, Saúde Pública e Atenção Primária. *Rev Soc Bras Econ Polit* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 ago 21];57(2020-2020):174-210. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>
7. Melo MA. Críticas à nova forma de alocação dos recursos federais para a Atenção Primária em Saúde – Programa Previne Brasil – no Sistema Único de Saúde (SUS): análise dos municípios brasileiros (2019-2022) [tese na Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2024 [acesso em 2025 out 27]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Joa6AHiAGmW7KZSEs8IH0Yv6j0m6azgE/view>
8. Pimenta A, Mendes Á, Lages C, et al. Uma alternativa para superação do Programa Previne Brasil: propostas para alocação de recursos federais para APS [Internet]. Brasília, DF: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2023 [acesso em 2024 ago 21]. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023\\_Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023_Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf)
9. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. *Abrasco* [Internet]. 2019 set 29 [acesso em 2024 ago. 20]; Posicionamento Abrasco. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde e define diretrizes para o financiamento da Atenção Primária. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 abr 11 [acesso em 2024 ago. 21]; Edição 70; Seção I:30-2. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>
11. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota conjunta SAPS/CONASS/CONASEMS 01/2024: Orientações sobre a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que instituiu a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [Local desconhecido]: Conasems; 2024 [acesso em 2024 ago. 21]. Disponível em: <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-tecnica-conjunta-saps-conasems-conass-novo-financiamento-aps-versao-final-saps-03072024-1720464797.pdf>

12. e-Gestor Atenção Primária à Saúde [Internet]. [Local desconhecido]: Ministério da Saúde, SAPS; @2025 [acesso em 2024 ago 21]. Disponível em: <https://eges-torab.saude.gov.br/>
13. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui incentivo financeiro federal para o custeio de ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 maio 23 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635\\_22\\_05\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html)
14. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 960, de 18 de julho de 2023. Institui incentivo financeiro federal de custeio das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jul 19 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960\\_18\\_07\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.html)
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 751, de 20 de junho de 2023. Altera o valor do incentivo financeiro federal de custeio das ações de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jun 21 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0751\\_20\\_06\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0751_20_06_2023.html)
16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 610, de 18 de maio de 2023. Estabelece a prorrogação de parâmetros do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previnde Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 maio 19 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0610\\_18\\_05\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0610_18_05_2023.html)
17. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.464, de 5 de outubro de 2023. Altera a Portaria GM/MS nº 635/2023 no âmbito do Programa Previnde Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 out 6 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1464\\_05\\_10\\_2023.html#:~:text=Alterar%20a%20Portaria%20GM%2FMS,%C3%A2mbito%20do%20Programa%20Previnde%20Brasil](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1464_05_10_2023.html#:~:text=Alterar%20a%20Portaria%20GM%2FMS,%C3%A2mbito%20do%20Programa%20Previnde%20Brasil)
18. Carnut L, Andre ECG, Mendes NA, et al. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. *Saúde debate*. 2021;45(129):467-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>
19. Vieira FS, Dias L. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:123. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465>
20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 set 27 [acesso em 2024 set 12]. DOI: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539\\_27\\_09\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html)
21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
22. Mango P, Carnut L. Critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previnde Brasil para a alocação de recursos na Atenção Primária: uma revisão integrativa – resultados preliminares. *J Manag Prim Health Care*. 2024;16(Esp):e015. DOI: <https://doi.org/10.14295/jm-phc.v16.1414>
23. Couto JGA, Mendes A, Carnut L. Revisão crítica dos argumentos “oficiais” da nova alocação de recursos

- federais para Atenção Primária. *J Manag Prim Health Care*. 2023;15:e009. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1293>
24. Vieira da Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):S217-S226. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>
25. Silva MSM, Carnut L, Filippin J. O modelo hegemônico de alocação de recursos e a escola de pensamento de economia de saúde de York: aproximações para a compreensão de uma estratégia liberalizante. *J Manag Prim Health Care*. 2023;15(Esp):e034. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1337>
26. Lima PRM, Davi J. Aproximações críticas ao conceito de equidade presentes nos documentos da Cepal e do Banco Mundial. *Temporalis*. 2017;17(34). DOI: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p127-152>
27. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2020;44(126):902-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624>
28. Porto SM. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde [Internet]. In: Vianna SM, Piola SF. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: Ipea; 1995 [acesso em 2024 dez 10]. p. 123-140. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/0cdc3da1-839e-44f4-9ac6-f1326c9f4fa4/content>
29. Piccoli SG, Mendes Á. *Modelos de alocação de recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde no National Health Service Inglês [monografia]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2024. DOI: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2025/05/1-TCC-Simone-1.pdf>
30. Rola RCF, Carnut L, Filippin J. *Alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde da Escócia: uma revisão integrativa para se refletir sobre o caso brasileiro [monografia na Internet]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022 [acesso em 2024 dez 10]. Disponível em: <https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/01/1-Renata-Rola.pdf>
31. Diniz JM, Bulgareli JV. *Alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde: uma revisão Integrativa [monografia]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2024. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1349>

---

Recebido em 27/01/2025

Aprovado em 28/09/2025

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli lola Gurgel Andrade