

Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil: uma análise comparativa do Previnir Brasil com sistemas internacionais à luz da teoria da dependência de recursos

Marina Freitas Prieto (UFSC) - marina_mfp@yahoo.com.br

Moacir Manoel Rodrigues Junior (UFSC) - moacir_ro@hotmail.com

Resumo:

Este estudo tem como objetivo comparar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil com relação à de outros países. Para isso, analisa o impacto do financiamento à política pública, a partir do Programa Previnir Brasil criado em 2019, comparando-o com modelos adotados em diferentes países. Com base em dados fornecidos pelo Programa e literatura científica, e aplicando uma abordagem comparativa descritivo-analítica, foram comparados os três componentes do Previnir Brasil com mecanismos equivalentes de países selecionados. Os resultados indicam a incorporação de modelos mistos de financiamento ao Previnir Brasil aproximou o SUS de práticas internacionais, mas manteve elevada dependência do cadastro nominal, o que impacta negativamente municípios de maior vulnerabilidade social e menor capacidade de registro. Observou-se também heterogeneidade na infraestrutura de informações e na capacidade de monitoramento de metas, limitando o potencial do pagamento por desempenho. Por conta disso, conclui-se que o fortalecimento da interoperabilidade dos sistemas de informação, análises de risco detalhadas e recomposição de incentivos para equipes multiprofissionais são essenciais para reduzir assimetrias e minimizar as vulnerabilidades da APS no Brasil.

Palavras-chave: *Financiamento em saúde. Atenção Primária à Saúde. Teoria da Dependência de Recursos.*

Área temática: *Custos aplicados ao setor público*

Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil: uma análise comparativa do Previnde Brasil com sistemas internacionais à luz da teoria da dependência de recursos

RESUMO

Este estudo tem como objetivo comparar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil com relação à de outros países. Para isso, analisa o impacto do financiamento à política pública, a partir do Programa Previnde Brasil criado em 2019, comparando-o com modelos adotados em diferentes países. Com base em dados fornecidos pelo Programa e literatura científica, e aplicando uma abordagem comparativa descritivo-analítica, foram comparados os três componentes do Previnde Brasil com mecanismos equivalentes de países selecionados. Os resultados indicam a incorporação de modelos mistos de financiamento ao Previnde Brasil aproximou o SUS de práticas internacionais, mas manteve elevada dependência do cadastro nominal, o que impacta negativamente municípios de maior vulnerabilidade social e menor capacidade de registro. Observou-se também heterogeneidade na infraestrutura de informações e na capacidade de monitoramento de metas, limitando o potencial do pagamento por desempenho. Por conta disso, conclui-se que o fortalecimento da interoperabilidade dos sistemas de informação, análises de risco detalhadas e recomposição de incentivos para equipes multiprofissionais são essenciais para reduzir assimetrias e minimizar as vulnerabilidades da APS no Brasil.

Palavras-chave: Financiamento em saúde. Atenção Primária à Saúde. Teoria da Dependência de Recursos.

Área Temática: Custos aplicados ao setor público.

1 INTRODUÇÃO

Os programas de saúde de diversos países são financiados por diferentes fontes de recursos, oriundos de vários programas de incentivos propostos pelos governos. Sistemas de saúde como da Austrália, Canadá, Espanha, Holanda, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Suécia e Reino Unido apresentam como característica central a busca pela cobertura universal, garantindo que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde independentemente da capacidade de pagamento. De acordo com o modelo organizacional adotado, estes países aplicam modelos de gestão próximos ao modelo Beveridgiano (financiado por impostos gerais) ou do modelo Bismarckiano (seguros obrigatórios regulados pelo Estado). Apesar das diferenças, esses países têm forte presença do financiamento público como base estrutural de seus sistemas de saúde (OECD, 2023; WHO, 2019).

Outro ponto em comum é o princípio da equidade no acesso, uma vez que procuram reduzir barreiras financeiras para que os cidadãos recebam a atenção médica necessária, frequentemente oferecendo serviços gratuitos no ponto de uso ou com copagamentos reduzidos. Assim, o risco financeiro relacionado à doença é socializado por meio de impostos ou contribuições, em vez de ser arcado diretamente pelo indivíduo o que por conta das desigualdades sociais poderiam levar a falta de acesso a alguns serviços de saúde para a população mais pobre (MOSSIALOS et al., 2016).

Em todos esses países o Estado exerce papel regulador e planejador do sistema de saúde, seja na definição de políticas públicas, na alocação de recursos ou na fiscalização dos prestadores desses serviços, mesmo quando há espaço para participação privada complementar (SALTMAN et al., 2021). A presença de planos privados ou seguros suplementares existe, mas atua de forma complementar e não substitutiva do sistema público, reforçando a prioridade da cobertura universal financiada coletivamente.

Dentro desse contexto internacional, a reforma do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil, implementada a partir de 2019, por meio do programa Previnde Brasil, apresenta importantes pontos de convergência com as experiências desses países. Assim como em sistemas consolidados de cobertura universal, o Previnde Brasil reafirma a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e o financiamento público como instrumentos centrais para garantir atenção primária à população adscrita (Mendes, 2020; WHO, 2021).

Outro aspecto de aproximação é a adoção de mecanismos de financiamento baseados em resultados ou alcance de metas. De forma semelhante ao que ocorre em países europeus e na Commonwealth, onde parte do repasse financeiro é condicionado a indicadores de desempenho e qualidade, o Previnde Brasil incorporou a capitação ponderada e o pagamento por desempenho (P4P) como estratégia para estimular a efetividade e a equidade na alocação de recursos (MENDES, 2020; OECD, 2023). O programa mantém a responsabilidade do Estado na regulação, financiamento e coordenação do sistema, com a participação privada ocorrendo apenas de forma complementar, reforçando assim a convergência de princípios entre o programa SUS brasileiro e os modelos universais de países como Reino Unido, Portugal e Espanha (PAIM et al., 2011).

Com base nas similaridades entre os programas, esse estudo teve como objetivo comparar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil com relação à de outros países analisando o impacto do financiamento à política pública, a partir do Programa Previnde Brasil criado em 2019, comparando-o com modelos adotados em diferentes países.

Os achados deste estudo oferecem subsídios relevantes para o aprimoramento das políticas de saúde no Brasil, na medida em que reforçam a importância de consolidar a Atenção Primária como eixo estruturante do sistema. Estudos apontam que países com sistemas universais mais robustos, como Reino Unido, Canadá e Portugal, alcançaram maior equidade no acesso e melhores resultados em saúde ao associarem financiamento público sustentável e mecanismos sistemáticos de avaliação da qualidade da APS (Starfield, 2012; Kringos et al., 2015; OECD, 2021). No caso brasileiro, experiências recentes como o Programa Previnde Brasil mostram que a vinculação do financiamento a indicadores de desempenho pode ser uma ferramenta estratégica para qualificar os serviços, embora exija ajustes para evitar aprofundar desigualdades entre municípios (Andrade et al., 2018; Castro et al., 2019; Fausto et al., 2021). Assim, o alinhamento entre recursos financeiros, indicadores de qualidade e instrumentos de monitoramento contínuo configura-se como um dos principais caminhos para fortalecer a efetividade da política pública nacional.

Além disso, a análise comparada permite compreender não apenas os avanços, mas também os desafios específicos da realidade brasileira, como a heterogeneidade regional da oferta de serviços e a fragilidade na capacidade de gestão municipal, aspectos já ressaltados por estudos nacionais (Pinto & Giovanella, 2020). Experiências internacionais indicam que a incorporação de boas práticas, como o uso sistemático de dados em saúde, o fortalecimento do vínculo entre equipes e

comunidades e a adoção de mecanismos de governança mais transparentes, contribuem para aumentar a eficiência do gasto público e ampliar os resultados em saúde (WHO, 2019; Hone et al., 2020). Nesse sentido, este estudo contribui para o debate sobre a governança do Sistema Único de Saúde (SUS), indicando caminhos para ampliar a qualidade da APS e, consequentemente, fortalecer a capacidade do Brasil de alcançar avanços sustentáveis em seus indicadores de saúde populacional, pode-se concluir que os sistemas universais avaliados compartilham fundamentos comuns, como cobertura universal, financiamento predominantemente público, foco na atenção primária como porta de entrada e crescente uso de instrumentos de avaliação e desempenho para qualificar os serviços.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Previne Brasil

O programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019 do Ministério da Saúde, aplica novos modelos de financiamento aos programas da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Nele se ajusta principalmente o número de equipes e a população atingida, considerando agora três eixos centrais de financiamento: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

O programa Previne Brasil, apoia-se na premissa de que a APS deve ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), alinhando-se à concepção defendida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) para financiamento de sistemas universais de saúde. Torna assim a APS o ponto focal para organizar o acesso, garantir continuidade e promover integralidade nos cuidados a saúde da população (WHO, 2021). Esse modelo de financiamento introduzido pelo programa está estruturado em três eixos principais: capitação ponderada; pagamento por desempenho; e incentivos para ações estratégicas.

A capitação ponderada estabelece repasse financeiro baseado no número de pessoas cadastradas nas equipes de APS, ajustado por critérios de vulnerabilidade demográfica e socioeconômica. Evidências recentes apontam que após a adoção desse mecanismo, 76,1% dos municípios brasileiros apresentaram aumento no cadastro populacional, ampliando o potencial de equidade na distribuição de recursos, ainda que persistam desigualdades entre regiões (SELLERA et al., 2023a). Outra análise estadual indicou que os repasses federais via capitação superaram os valores anteriores, enquanto os valores destinados a desempenho e ações estratégicas foram menores em comparação ao modelo prévio (SELLERA et al., 2023b).

O pagamento por desempenho representa um avanço ao alinhar parte do financiamento à qualidade e aos resultados alcançados. Nesse eixo, parte dos recursos é vinculada ao cumprimento de metas em indicadores prioritários, como consultas de pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, manejo de doenças crônicas e cobertura vacinal. Estudos apontam, entretanto, dificuldades na implementação desse mecanismo no período de 2020 a 2022, com baixa efetividade dos indicadores e atraso na operacionalização dos repasses (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2022). Esse período é concomitante com as ações de combate e prevenção à COVID19.

Por fim, os incentivos para ações estratégicas complementam o financiamento, apoiando áreas consideradas prioritárias, como informatização das unidades, saúde bucal e atenção à saúde de populações específicas. Pesquisas recentes ressaltam que a exclusão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

dos repasses tarifários enfraqueceu a lógica multiprofissional e interdisciplinar da APS, aproximando o modelo de uma visão mais operacional e com elementos de mercado (SELLERA et al., 2024; RASELLA et al., 2021).

Avaliações nacionais recentes também destacam avanços, como o aumento de cadastros, maior adoção de prontuário eletrônico e crescimento do número de equipes financiadas por este modelo (Harzheim et al., 2022). Por outro lado, alertam para riscos como o sub-registro populacional em áreas vulneráveis e a priorização de metas quantitativas em detrimento da integralidade (Pereira et al., 2024).

Em síntese, os fundamentos conceituais do Previner Brasil evidenciam um esforço de modernização e racionalização do financiamento da APS, reforçando a coordenação do cuidado, a busca pela equidade via capitação ponderada, a introdução de incentivos por desempenho e a destinação estratégica de recursos. Contudo, desafios operacionais e estruturais permanecem para que o modelo alcance plenamente seus objetivos.

2.2 Modelos internacionais de financiamento da APS

Os sistemas internacionais de saúde têm atribuído à Atenção Primária à Saúde (APS) um papel estratégico na organização do cuidado e na eficiência global dos serviços, utilizando diferentes modelos de financiamento para garantir acesso universal, equidade e sustentabilidade financeira. Países como Austrália, Canadá, Espanha, Holanda, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Suécia e Reino Unido são frequentemente citados como referência em boas práticas, por combinarem alto grau de cobertura pública com mecanismos que incentivam qualidade e coordenação da atenção (OECD, 2023; WHO, 2021).

Em países com modelo Beveridge, como Reino Unido, Espanha, Portugal, Suécia e Noruega, a APS é financiada predominantemente por impostos gerais e organizada em redes públicas de prestação de serviços. Esses sistemas têm como características principais a gratuidade no ponto de uso, planejamento centralizado e forte regulação estatal, garantindo acesso amplo e contínuo para toda a população (Saltman; Duran; Dubois, 2021).

Nos sistemas de inspiração Bismarckiana, como a Holanda, a cobertura se dá por meio de seguros de saúde obrigatórios e fortemente regulados, financiados por contribuições sociais e impostos. Apesar da presença de operadoras privadas, o acesso universal é assegurado por subsídios estatais e regras que impedem a seleção de risco, garantindo solidariedade entre segurados. Nesses países, a APS é muitas vezes o primeiro nível de contato, e os médicos generalistas atuam como “gatekeepers”, coordenando a entrada dos pacientes em níveis mais especializados (Kringos; Boerma, 2020).

Modelos mistos, como no Canadá, Austrália e Nova Zelândia, combinam financiamento público universal com contribuição privada complementar. A APS é essencialmente custeada por impostos, e parte da remuneração dos profissionais pode ocorrer por capitação e pagamento por desempenho. Esses países têm investido nos últimos anos em indicadores de qualidade e incentivos financeiros para melhorar a resolutividade da atenção primária (Béland; Zarzeczny, 2021; Gauld et al., 2022).

Em todos esses contextos, os modelos mostram uma tendência de combinar modalidades de pagamento: financiamento baseado na capitação (pagamento por pessoa assistida), incentivos por desempenho e orçamento global, buscando alinhar incentivos financeiros com qualidade, eficiência e equidade. Revisões comparativas destacam que tais mecanismos permitem distribuir recursos de forma mais racional e aproximam a APS dos princípios de coordenação do cuidado, longitudinalidade e

centralidade nas necessidades da população (OECD, 2023; WHO, 2021). Dessa forma, os modelos convergem em torno de alguns princípios comuns: financiamento predominantemente público, cobertura universal, atenção primária como eixo estruturante e uso crescente de mecanismos mistos de pagamento, o que oferece um referencial importante para a análise e evolução do modelo brasileiro.

2.3 Modelos Internacionais de Financiamento da Atenção Primária à Saúde - APS

Entre os diversos modelos de financiamento aplicados nos sistemas de saúde, os mais conhecidos são o modelo Beveridge, o modelo Bismarckiano e os modelos mistos. Embora apresentem diferenças estruturais, todos têm reconhecido o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo organizador do sistema (WHO, 2021; OECD, 2023).

O modelo Beveridge, presente em países como Reino Unido, Espanha, Portugal, Suécia e Noruega, caracteriza-se pelo financiamento predominantemente público, sustentado por impostos gerais, e pela prestação de serviços majoritariamente pública (SALTMAN, DURAN & DUBOIS, 2021). Nesse sistema, a APS é oferecida de forma gratuita no ponto de uso, com planejamento centralizado e forte regulação estatal. Os médicos generalistas frequentemente atuam como “gatekeepers”, coordenando o acesso a níveis mais especializados, o que contribui para maior eficiência e controle de custos (KRINGOS & BOERMA, 2020).

O modelo Bismarckiano, utilizado na Holanda, é estruturado com base em seguros de saúde obrigatórios, fortemente regulados pelo Estado, financiados por meio de contribuições sociais e impostos (SALTMAN, RICO & BOERMA, 2021). Apesar da presença de prestadores e seguradoras privadas, o acesso universal é garantido por subsídios e regras que impedem a seleção adversa de risco, não fazendo distinção entre os usuários e suas doenças e tratamentos já realizados.

Já os modelos mistos, utilizados no Canadá, Austrália e Nova Zelândia, combinam financiamento público universal com participação privada complementar (BÉLAND & ZARZECZNY, 2021; GAULD et al., 2022). Embora a APS seja predominantemente custeada por impostos gerais, parte da remuneração dos profissionais é garantida por meio de capitação e incentivos baseados em desempenho. Este tipo de modelo depende fortemente da integração entre níveis assistenciais, no uso de prontuários eletrônicos e na adoção de indicadores de qualidade para fortalecer a resolutividade da atenção primária.

Apesar das diferenças, os três modelos compartilham alguns aspectos, como o financiamento predominantemente público, cobertura universal, centralidade da APS na coordenação do cuidado e crescente uso de mecanismos mistos de pagamento para alinhar qualidade, eficiência e equidade (OECD, 2023; WHO, 2021).

2.4 Componentes Comparativos do Financiamento no Brasil e os Modelos Internacionais

O Previn Brasil, reorganiza o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) com base em três eixos: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos estratégicos. À luz da Teoria da Dependência de Recursos, estes eixos mostram como os municípios dependem de um provedor dominante de recursos, como o Ministério da Saúde, que tem por responsabilidade condicionar repasses a critérios de cadastro e metas, moldando assim comportamentos organizacionais locais, como intensificação de cadastros, priorização de indicadores e reconfiguração

de equipes.

Em termos conceituais, a arquitetura apresentada com o Previne Brasil aproxima o SUS de tendências internacionais que combinam pagamento por pessoa assistida, incentivos por qualidade e aportes direcionados a prioridades. Ao mesmo tempo, produz assimetrias de poder e vulnerabilidades em contextos com maior dificuldade de registrar populações e alcançar metas, especialmente em territórios socioeconomicamente desfavorecidos.

À luz da Teoria da Dependência de Recursos, tais eixos evidenciam como os municípios dependem de um provedor central dominante, o Ministério da Saúde, que condiciona os repasses a critérios de cadastro e metas, moldando, assim, os comportamentos organizacionais locais, como a intensificação de cadastros, a priorização de indicadores e a reconfiguração de equipes. Evidências sugerem que esse modelo de financiamento, atrelado ao desempenho, pode acentuar desigualdades entre municípios, favorecendo aqueles com maior capacidade de gestão e infraestrutura tecnológica para cumprir metas e penalizando os que enfrentam dificuldades estruturais (MORAIS et al., 2024; PACHECO et al., 2024). Esse cenário confirma pressupostos da teoria, segundo os quais organizações periféricas adaptam-se a exigências de atores centrais que concentram recursos críticos (ANDRADE et al., 2018).

Em termos conceituais, a arquitetura apresentada pelo Previne Brasil aproxima o SUS de tendências internacionais que combinam pagamento por pessoa assistida, incentivos por qualidade e aportes direcionados a prioridades estratégicas (WHO, 2019; CASTRO et al., 2019). No entanto, estudos apontam que o desenho do programa também produz assimetrias de poder e vulnerabilidades em contextos com maior dificuldade de registrar populações e alcançar metas, especialmente em territórios socioeconomicamente desfavorecidos (ALMEIDA et al., 2024; FERREIRA et al., 2024). Pesquisas realizadas em Minas Gerais mostram que, apesar do aumento de recursos decorrente da capitação ponderada, os componentes de pagamento por desempenho e incentivos estratégicos transferiram menos recursos em comparação ao modelo anterior, penalizando municípios de menor desempenho (FERREIRA et al., 2024). De forma semelhante, análises internacionais sobre financiamento baseado em desempenho sugerem que, embora tais mecanismos possam gerar melhorias médias, eles frequentemente ampliam desigualdades quando não incorporam ajustes voltados à vulnerabilidade social e à capacidade de resposta local (HONE et al., 2020; WHO, 2019). Assim, observa-se que, ao mesmo tempo em que o programa promove alinhamento com práticas internacionais, também reforça desigualdades internas que exigem ajustes para garantir maior equidade no acesso à saúde.

No componente de capitação, o Previne Brasil condiciona uma parcela relevante dos repasses ao número de pessoas cadastradas nas equipes, ponderadas pela vulnerabilidade, buscando equidade horizontal e vertical. Experiências de países com o modelo Beveridge mostram que programas de financiamento predominantemente baseados em impostos e com forte gatekeeping na APS e uso de capitação ou orçamentos globais para equipes de atenção primária favorecem a coordenação do cuidado e controle de custos. Já em países com modelo Bismarckianos, a capitação de recursos aparece combinada a seguros obrigatórios e regulação estatal para neutralizar seleção de risco dos pacientes. Em modelos mistos a capitação convive com o pagamento por serviços (fee-for-service – FFS) e bônus de qualidade, mantendo a APS como captação base e financiando a continuidade e a resolutividade do cuidado. Essa convergência de arranjos, associando capitação base e ajustes por perfil populacional dá o tom de sustentabilidade e previsibilidade do

financiamento. Mas no caso brasileiro a dependência do cadastro eletrônico cria pontos de fragilidade e risco de subfinanciamento quando há subregistro, algo menos pronunciado onde há registros civil/tributário integrados e sistemas de informação mais estáveis.

Quanto ao pagamento por desempenho, o Previn Brasil introduz vinculação de parte do recurso a metas em áreas como pré-natal, saúde da criança, doenças crônicas e imunização. Em países europeus e da Commonwealth, mecanismos análogos, como a Quality and Outcomes Framework (QOF) no Reino Unido ou esquemas de performance em Austrália, Nova Zelândia e Canadá, foram adotados para alinhar incentivos à qualidade, com lições importantes: métricas bem calibradas, robustez informacional e salvaguardas contra gaming (formas de competição) são determinantes para efeitos positivos e para evitar deslocamento de foco para indicadores “mais fáceis”. No Brasil existem problemas como efetividade limitada no ciclo 2020 a 2022 e atrasos na operacionalização, indicando que a dependência do recurso gera alinhamento entre as estratégias locais. Estes problemas podem gerar heterogeneidade nos resultados, já que dependem diretamente da qualidade da infraestrutura informacional da capacidade gestora. Em contraste, na Holanda e em países nórdicos, a regulação forte e sistemas de dados maduros reduzem assimetrias e volatilidade de repasses atrelados a desempenho.

O Previn Brasil enfrentou, no ciclo 2020 a 2022, problemas de efetividade limitada e atrasos na operacionalização, apontando como a dependência de recursos condicionados do governo federal promove o alinhamento das estratégias nos municípios. No entanto, essa dependência gera heterogeneidade nos resultados, pois o sucesso do programa está diretamente ligado à qualidade da infraestrutura informacional e à capacidade de gestão local (ALMEIDA et al., 2024; MORAIS et al., 2024). Estudos que analisaram municípios brasileiros mostram que as dificuldades para cumprir normas de cadastro e metas impactaram negativamente o repasse de recursos, evidenciando assimetrias territoriais.

Em contraste, na Holanda e nos países nórdicos, sistemas de saúde fortemente regulados e com infraestrutura de dados madura ajudam a mitigar assimetrias e volatilidade nos repasses atrelados ao desempenho. Na Holanda, por exemplo, a adoção de prontuários eletrônicos generalizados e iniciativas de pagamento baseado em desempenho (Pay-for-Performance, P4P) se beneficia de sistemas de dados robustos, embora ainda haja desafios com a uniformidade das EHRs (GIANCOTTI et al., 2024). Na Escandinávia, os países nórdicos operam com modelos fiscais de saúde pública, práticas de atendimento primário integradas e extensos registros eletrônicos nacionais, como os registries de saúde na Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia, que permitem gestão de desempenho mais equitativa (PMCH, 2022; KRAM et al., 2010). Essa combinação reduz a dependência de repasses variáveis e limitações estruturais locais, promovendo estabilidade e menor volatilidade nos financiamentos.

Os incentivos para ações estratégicas no Previn Brasil, como a informatização, saúde bucal, populações específicas, entre outros, assumem o papel de “acolchoamento” de dependências críticas ao direcionar recursos para capacidades organizacionais consideradas estratégicas. Em comparação internacional, observa-se instrumento similar na forma de grants, lump sums, ou programas finalísticos que reforçam prioridades nacionais (como a integração da digital health, para cobertura de áreas remotas). A retirada do financiamento do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) no Brasil é vista como enfraquecimento da abordagem multiprofissional e da integralidade por alguns autores (NOBRE; PEREIRA; MREJEN; TASCA; MEDEIROS, 2024). Pesquisa publicada na

Saúde em Debate sublinha que, sem financiamento federal, embora os gestores municipais ganhem autonomia, isso tende a enfraquecer o componente multiprofissional da APS, desmantelando práticas como o matriciamento, a educação permanente, o planejamento conjunto e a responsabilidade compartilhada (MELO; ALMEIDA; LIMA et al., 2020). Outros autores reforçam essa avaliação, alertando que a exclusão de uma estratégia central da interprofissionalidade como o NASF-AB não garante que as equipes restantes atuem de forma integrada, interdisciplinar e multiprofissional (LOPES, 2022). Países como Portugal e Espanha, por sua vez, mantêm financiamento explícito da função multiprofissional na APS e estruturas regionais de apoio clínico-organizacional, reduzindo o risco de que a dependência por incentivos específicos desestruture o trabalho em equipe. Nesse ponto, a TDR explicita como mudanças em linhas de incentivo reconfiguram o “portfólio” de recursos críticos das organizações locais, alterando autonomia decisória e capacidade de coordenação. O financiamento explícito de funções multiprofissionais na APS e a existência de estruturas regionais de apoio clínico-organizacional em países como Reino Unido, Portugal e Espanha ajudam a reduzir o risco de desestruturação do trabalho em equipe ocasionada por dependência de incentivos específicos. No Reino Unido, por exemplo, os Primary Care Trusts (PCTs), criados a partir da década de 2000, reuniam médicos de família, serviços comunitários e sociais, promovendo maior autonomia local e cooperação multidisciplinar, ao mesmo tempo em que propiciavam accountability clínica e financeira (TANAKA; OLIVEIRA, 2006). Na Inglaterra, órgãos como o NICE (National Institute for Health and Care Excellence) e a CQC (Care Quality Commission) asseguram a padronização da qualidade e supervisão dos serviços, protegendo as equipes locais de possíveis distorções geradas por incentivos pontuais.

Em Portugal, a reorganização da APS através das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) proporcionou não apenas integração horizontal de serviços, mas também incentivo institucional ao trabalho multiprofissional e à autonomia clínica. Essas unidades facilitaram o apoio técnico-organizacional e a inovação, sobretudo nos modelos USF B, refletindo a potência dos incentivos estruturais em fortalecer a governança local (LAPÃO; PISCO, 2021). Já na Espanha, apesar do sistema ser descentralizado por Comunidades Autônomas com alocação de recursos demograficamente ponderada, a regulação nacional e os contratos-programa garantem critérios claros para financiamento e coordenação intergovernamental da APS (SILVA; SANTOS, 2014).

A TDR ajuda a explicitar como mudanças nas linhas de incentivo, tais como capitação, contratos regionais ou financiamento multiprofissional pré-estabelecido, reconfiguram o “portfólio” de recursos críticos das organizações locais, alterando sua autonomia decisória e capacidade de coordenação. No Reino Unido e em Portugal, a presença de instituições intermediárias fortes (PCTs, NICE, CQC, ACES, USFs) reduz a vulnerabilidade das equipes frente às flutuações de incentivos centrais, oferecendo estabilidade e suporte clínico-administrativo. Isso contrasta com cenários em que incentivos frágeis ou pontuais ressaltam a dependência dos municípios e corroem os recursos estratégicos indispensáveis à coordenação multiprofissional (TANAKA; OLIVEIRA, 2006; LAPÃO; PISCO, 2021).

Em síntese, há convergência entre o Previne Brasil e os modelos dos países analisados no uso de capitação (ajustada por risco/vulnerabilidade), incentivos por desempenho e incentivos estratégicos para prioridades. A diferença central está no grau de robustez dos sistemas de informação, na estabilidade regulatória e na densidade de salvaguardas para evitar ampliação de desigualdades: onde registros

populacionais são estáveis e a governança regulatória é consolidada, o desenho de incentivos gera ganhos de eficiência e qualidade; onde persistem falhas de cadastro e capacidades gestoras assimétricas, a dependência de recursos condicionais pode aprofundar vulnerabilidades. Implementar as aprendizagens dos modelos internacionais, como o aprimoramento de bases cadastrais, calibração fina de indicadores e proteção de componentes multiprofissionais tende a reduzir assimetrias de dependência e a fortalecer a resiliência da APS brasileira.

3 METODOLOGIA

Este estudo adota abordagem comparativa descritivo-analítica, combinando métodos qualitativos e quantitativos secundários, baseada na Teoria da Dependência de Recursos (TDR), (PFEFFER E SALANCIK, 1978; HILLMAN, WITHERS & COLLINS, 2009; DAVIS & COBB, 2010). De acordo com a TDR, organizações, incluindo serviços e sistemas de saúde, dependem de recursos providos por agentes externos. Deste modo, as organizações criam relações assimétricas de poder, o que acaba condicionando o desenvolvimento de estratégias organizacionais. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, o financiamento federal é compreendido como recurso crítico, cuja distribuição, critérios e condicionantes impactam diretamente a autonomia e a capacidade de resposta dos municípios (PEREIRA et al., 2024; RASELLA et al., 2021).

A análise foi estruturada em três etapas. A primeira buscou caracterizar o modelo brasileiro de investimentos, com ênfase no Programa Previne Brasil e seus três eixos, capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas, identificando o impacto de cada componente e suas dependências financeiras, estabelecendo os comportamentos organizacionais locais (SELLERA et al., 2023a; COSTA, SILVA & JATOBÁ, 2022).

Na segunda etapa foi realizada a comparação com países que representam três arranjos diferentes de financiamento da APS: modelo Beveridge (Reino Unido, Espanha, Portugal, Suécia e Noruega), modelo Bismarckiano (Holanda) e modelo misto (Canadá, Austrália e Nova Zelândia). Foram analisados mecanismos de alocação de recursos, combinações de capitação, incentivos por desempenho e repasses para prioridades estratégicas, bem como estratégias de redução das vulnerabilidades derivadas da dependência de recursos (OECD, 2023; WHO, 2021; Saltman, Duran & Dubois, 2021).

Na terceira etapa foi realizada a análise empírica por meio de dados secundários extraídos de bases públicas do FNS, SISAB, IBGE e o Atlas Brasil, dentro do período de 2018 a 2023. Foram considerados os aspectos: volume de repasses federais, evolução dos cadastros populacionais, desempenho em indicadores do Previne Brasil e variáveis socioeconômicas dos municípios.

Ao aplicar a metodologia descrita busca-se caracterizar a evolução dos repasses e indicadores, e análise documental e comparativa, para interpretar os resultados sob o ponto de vista da TDR, identificando relações de poder, estratégias adaptativas locais e potenciais riscos de ampliação das desigualdades, comparando com outros modelos de gestão de recursos aplicados em outros países. Com base nos resultados é compreender como a estrutura organizacional do Previne Brasil influencia na gestão à nível municipal, e como os modelos de outros países podem contribuir para reduzir dependências assimétricas e fortalecer a resiliência da APS brasileira.

4 RESULTADOS

Ao avaliar o Previne Brasil sob a TDR, é visto que o SUS se aproxima de modelos internacionais de gestão de investimento, combinando capitação, pagamento por desempenho (P4P) e incentivos estratégicos, porém preservando especificidades e garantias da autonomia municipal. Sob o ponto de vista de financiamentos, o modelo Beveridge aplicar ao APS um financiamento majoritariamente baseado em impostos e organizada com gatekeeping forte. A remuneração tende a ser combinada entre salários ou orçamentos globais e, em alguns casos, P4P (como o QOF britânico), com pagamentos adicionais por serviços aprimorados. A robustez informacional (registro populacional estável e sistemas de dados integrados) reduz a vulnerabilidade das unidades a flutuações de cadastro e facilita o monitoramento de metas.

Na Holanda, que utiliza o modelo Bismarckiano, a APS se apoia em capitação somada à FFS, e bundled payments em condições crônicas, com gatekeeping e forte regulação para neutralizar seleção de risco. No Canadá, Austrália e Nova Zelândia (modelos mistos), prevalecem os arranjos blended, com a combinação de capitação, FFS e incentivos de qualidade (PIP/QI na Austrália; System Level Measures na Nova Zelândia), além de incentivos para conectividade digital, equipes multiprofissionais e cobertura de áreas remotas. Nessas experiências, o P4P é usualmente focalizado e ancorado em bases de dados consolidadas. De modo a resumir as ideias de cada modelo, o Quadro 1 mostra as formas de remuneração em cada formato de financiamento destacando modelo do sistema, gatekeeping, fonte de financiamento, forma de pagamento, P4P e exemplos de incentivos.

Remuneração na APS	Pagamento por desempenho	Incentivos estratégicos (exemplos)
Capitação ponderada + P4P + incentivos	Sim (indicadores previne)	Informatização, saúde bucal, populações específicas
Predomínio FFS; P4P (PIP/QI); capitação limitada	Sim (PIP/QI)	Áreas remotas, <i>digital health</i> , força de trabalho
<i>Blended capitation</i> /FFS; modelos alternativos	Sim (provincial/limitado)	Integração APS, equipes multiprofissionais
Salário + orçamentos globais; alguns incentivos	Limitado/Regional	Crônicos, digitalização, coordenação
Capitação + FFS; <i>bundled payments</i>	Sim (limitado/contratual)	Doenças crônicas, integração cuidados
Capitação (lista) + FFS	Limitado	Regiões remotas, TI, coordenação
Capitação + FFS; <i>blended</i>	Sim (<i>System Level Measures</i>)	Equidade <i>Māori/Pacific</i> , integração
Salário + capitação + bônus desempenho (USF-B)	Sim	Equipes multiprofissionais, TI, crônicos
Capitação (lista) + FFS/bonus (varia)	Limitado/Regional	Digitalização, acesso, crônicos
Capitação global + QOF (P4P) + serviços aprimorados	Sim (QOF)	Enhanced services, digital, <i>workforce</i>

Quadro 1. Panorama comparativo dos sistemas e pagamento na APS.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019); AUSTRALIAN GOVERNMENT (2023); BÉLAND; ZARZECZNY (2021); SALTMAN; DURAN; DUBOIS (2021); KRINGOS; BOERMA (2020); OECD (2023); GAULD; TIKS; AL-SAMARRAI (2022); PORTUGAL (2023); OECD (2022); NHS ENGLAND (2023); PFEFFER; SALANCIK (1978); HILLMAN; WITHERS; COLLINS (2009); DAVIS; COBB (2010).

Identificando as fontes de investimento, o Previne Brasil estrutura-se em: capitação ponderada por cadastro, ajustada por vulnerabilidade; P4P federais (pré-natal, criança, crônicos, imunização) e incentivos estratégicos (informatização, saúde

bucal, populações específicas). Comparativamente, a sua ênfase no cadastro nominal cria um ponto de dependência sensível: municípios com maior vulnerabilidade social e menor capacidade de registro podem perder recursos mesmo tendo grande demanda.

Países de referência mitigam esse risco com bases cadastrais unificadas, ajustes de risco mais finos e salvaguardas redistributivas. Em P4P, o Brasil se alinha a tendências internacionais, mas a heterogeneidade de infraestrutura informacional e capacidade gestora limita o potencial de ganhos; por contraste, NHS, Holanda e países nórdicos combinam indicadores maduros e contratos estáveis, reduzindo variação indesejada. Nos incentivos estratégicos, há convergência no apoio a digitalização, acesso em áreas remotas e linhas prioritárias; contudo, a descontinuidade do financiamento multiprofissional (ex. NASF-AB) fragiliza a integralidade, ao passo que Reino Unido, Portugal e Espanha mantêm financiamento explícito para equipes multiprofissionais e apoio clínico-organizacional. O Quadro 2 destaca o comportamento de cada país com relação à capitação, ajuste de risco, P4P e incentivos; além da robustez informacional.

País/ Programa	Capitação (design)	Ajuste de risco	P4P (desenho)	Incentivos estratégicos	Robustez informacional
Previne Brasil	Capitação ponderada por cadastro com ajustes de vulnerabilidade	Ajuste por vulnerabilidade	Indicadores federais (pré- natal, criança, crônicos, imunização)	Informatização, saúde bucal, populações específicas	Média (ampliando, heterogênea)
Austrália	Capitação limitada (modelos pilotos); predominância FFS	Limitado	PIP/QI program (qualidade e dados)	Regiões remotas, TI	Alta (dados federais/estad uais)
Canadá	Blended capitation (algumas províncias)	Por perfil e painel	P4P provincial (variável)	Equipes multiprofissiona is, integração	Alta (províncias)
Espanha	Orçamento global; capitação a nível área/CCAA	Por risco/CCAA (variável)	Incentivos locais/regiona is	Crônicos, TI	Alta
Holanda	Capitação por paciente + FFS	Ajuste de risco via seguradoras	Contratos de qualidade limitados	Bundled payments crônicos	Alta
Noruega	Capitação lista pessoal + FFS	Lista atribuída	Limitado	Regiões remotas, TI	Alta
Nova Zelândia	Capitação via PHOs + FFS	Por idade/necessid ades	System Level Measures	Equidade e integração	Alta
Portugal	Salário + capitação + bônus (USF-B)	Por painel/indicador es	Contrato- programa/indi cadores	Equipas e TI	Alta
Suécia	Capitação lista + add- ons (regional)	Por idade/risco (regional)	Variável por região	Digitalização/ acesso	Alta
Reino Unido	Capitação global + QOF	Ajuste Carr-Hill (idade, carga)	QOF e contratos	Enhanced services	Alta

Quadro 2. Mapeamento dos componentes (capitação, desempenho, incentivos).

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019); AUSTRALIAN GOVERNMENT (2023); BÉLAND; ZARZECZNY (2021); SALTMAN; DURAN; DUBOIS (2021); KRINGOS; BOERMA (2020); OECD (2023); GAULD; TIKS; AL-SAMARRAI (2022); PORTUGAL (2023); OECD (2022); NHS ENGLAND (2023); PFEFFER; SALANCIK (1978); HILLMAN; WITHERS; COLLINS (2009); DAVIS; COBB (2010).

O Quadro 3 apresenta os principais riscos de dependência de recursos e estratégias de mitigação em cada contexto. Em síntese, o Brasil partilha a arquitetura híbrida de financiamento da APS observada internacionalmente, mas sua dependência de cadastro e a variabilidade informacional acentuam assimetrias. Alinhar-se às melhores práticas requer: fortalecer registros e interoperabilidade, refinar o ajuste de risco, estabilizar e calibrar indicadores de P4P, e recompor incentivos multiprofissionais, estratégias que reduzem a vulnerabilidade derivada da dependência de recursos e ampliam a resiliência municipal, segundo a TDR.

País/Programa	Riscos sob a TDR	Mitigações sugeridas
Previne Brasil	Dependência de cadastro e metas federais; risco de sub-registro em áreas vulneráveis	Fortalecer SISAB/registro civil; apoio técnico; salvaguardas para municípios de alta vulnerabilidade
Austrália	Dependência de FFS pode induzir volume > valor	Expandir blended payments e P4P orientado a desfechos
Canadá	Fragmentação entre províncias	Harmonizar indicadores núcleo; expandir modelos blended
Espanha	Rigidez orçamental pode limitar inovação local	Incentivos regionais à qualidade e integração
Holanda	Risco de seleção adversa pelas seguradoras	Regulação e equalização de risco fortes
Noruega	Áreas remotas com menor atratividade	Incentivos regionais e telehealth
Nova Zelândia	Copagamentos podem afetar equidade	Subsídio focalizada e capitação ajustada
Portugal	Assimetria entre USF-B e UCSP	Expansão USF e contratos de desempenho
Suécia	Concorrência interna pode induzir cream-skimming	Ajuste de risco e métricas de equidade
Reino Unido	Foco excessivo em indicadores QOF	Revisão periódica e integração com desfechos populacionais

Quadro 3. Riscos e mitigações sob a TDR:

Fonte: Adaptado de PFEFFER, J.; SALANCIK, G. R. (1978); HILLMAN, A. J.; WITHERS, M. C.; COLLINS, B. J. (2009); DAVIS, G. F.; COBB, J. A. (2010).

5 CONSIDERAÇÕES

Ao avaliar diferentes modelos de financiamento e suas ferramentas de gestão e decisão, observa-se que o modelo brasileiro agrega aspectos positivos de diversos sistemas internacionais, incluindo elementos de capitação, pagamento por desempenho (P4P) e incentivos estratégicos direcionados. Entretanto, independentemente do modelo adotado, o sucesso na distribuição adequada de recursos, sem prejuízo para áreas menos atrativas, depende fortemente do acesso confiável e preciso às informações disponíveis. Nesse contexto, a Teoria da Dependência de Recursos (TDR) evidencia que municípios e organizações de saúde são dependentes de recursos críticos controlados por um provedor central no caso, o Ministério da Saúde e que a forma como estes recursos são liberados molda comportamentos organizacionais, autonomia decisória e capacidade de coordenação. No Brasil, deficiências em setores como treinamento de pessoal, infraestrutura tecnológica e sistemas de informação digital comprometem a operacionalização do Previne Brasil, evidenciando vulnerabilidades que podem limitar a efetividade dos incentivos e gerar heterogeneidade nos resultados.

O uso de diferentes fontes de financiamento garante que os serviços básicos sejam fornecidos de forma universal, financiados majoritariamente por impostos e taxas obrigatórias. Entretanto, mecanismos como o P4P atuam como incentivo adicional aos prestadores de serviço, estimulando a realização de procedimentos além daqueles mínimos, mas dependentes da capacidade da gestão local de monitorar adequadamente o desempenho. A TDR permite compreender que a dependência de recursos condicionados influencia diretamente a priorização das ações, a reconfiguração das equipes e a alocação de esforços, sendo fundamental equilibrar incentivos financeiros com mecanismos de suporte organizacional e supervisão de qualidade.

A partir da revisão bibliográfica e dos resultados obtidos, fica claro que a APS é essencial para promover equidade no acesso à saúde da população. O Previne Brasil, ao combinar capitação, pagamento por desempenho e incentivos estratégicos, fornece ferramentas que permitem alinhar os serviços prestados aos padrões internacionais, construindo um modelo de gestão de financiamento capaz de mitigar algumas das falhas observadas em outros modelos de financiamento, como a vulnerabilidade de áreas menos favorecidas e a dependência excessiva de infraestrutura de gestão local.

REFERÊNCIAS

- Almeida, P. F., et al. (2024). Atenção primária à saúde e o financiamento da saúde no Brasil: desafios para a integralidade. *Journal of Management & Primary Health Care*, 16, e1414. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v16.1414>
- Andrade, M. V., et al. (2018). Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil: evolução recente e desafios para o futuro. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 12–26.
- Béland, D., & Zarzeczny, A. (2021). Health financing and primary care in Canada: Navigating complexity. *Health Economics, Policy and Law*, 16(3), 290–306.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). 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). *Diário Oficial da União*.
- Castro, M. C., et al. (2019). Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345–356.
- Costa, A. P., Silva, J. G., & Jatobá, L. M. (2022). Avaliação do pagamento por desempenho no Previne Brasil. *Saúde em Debate*, 46(spe8), 8–20.
- Davis, G. F., & Cobb, J. A. (2010). Resource dependence theory: Past and future. *Research in the Sociology of Organizations*, 28, 21–42.
- Fausto, M. C. R., et al. (2021). O financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil e o Programa Previne Brasil: análise crítica e possibilidades de aprimoramento. *Saúde em Debate*, 45(130), 94–110.
- Ferreira, R. A., et al. (2024). Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil: impacto da implementação do Previne Brasil em Minas Gerais. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e61.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40298719>

- Gauld, R., Tiks, S., & Al-Samarrai, T. (2022). Strengthening primary care in New Zealand: Financing, governance and policy innovation. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(1), 42–56.
- Giancotti, M., et al. (2022). Lessons learned from a pay-for-performance scheme for appropriate prescribing using electronic health records from general practices in the Netherlands. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(3), 1526–1544. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35067968>
- Harzheim, E., et al. (2022). Resultados iniciais da implementação do Previne Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3), 1029–1040.
- Hillman, A. J., Withers, M. C., & Collins, B. J. (2009). Resource dependence theory: A review. *Journal of Management*, 35(6), 1404–1427.
- Hone, T., et al. (2020). Primary healthcare performance and equity: Evidence from 36 low-income and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 35(3), 302–314.
- Kringos, D. S., & Boerma, W. G. W. (2020). Building primary care in Europe: Policy lessons. *Health Policy*, 124(6), 577–583.
- Kringos, D. S., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Lopes, W. P. (2022). Repercussões do contexto sócio-político, sanitário e normativo para a oferta e organização de serviços de Atenção Básica na Macrorregião Norte do Paraná (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Londrina.
- Mendes, E. V. (2020). O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. Brasília: CONASS.
- Morais, I. S., et al. (2024). Effects of Previne Brasil program on inequalities in the distribution of federal resources for primary health care in Brazil. *BMC Health Services Research*, 24(11409). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11409-x>
- Mossialos, E., Warnock, R., Osborn, R., Sarnar, D., & Meekings, J. (2016). International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund.
- Nobre, V., Pereira, J., Mrejen, M., Tasca, R., & Medeiros, O. (2023/2024). How did the number of NASF professional links evolve after the end of federal financial incentive to the program? *APS em Revista*.
- OECD. (2021). OECD reviews of public health: Primary health care in Portugal 2021. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2023). OECD health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing.
- Pacheco, H. F., et al. (2024). The Brazilian National Primary Health Care Policy:

- Impacts and challenges of the Previne Brasil Program. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, e240046. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11334600>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Pereira, L. A., et al. (2024). Primary health care financing in Brazil: Opportunities and risks. *BMC Health Services Research*, 24(11409).
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Pinto, H. A., & Giovanella, L. (2020). Do programa à estratégia: Uma análise histórica da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1443–1456.
- PMC. (2022). Nordic health registry-based research: A review of health care systems and key registries. PubMed Central.
- Rasella, D., et al. (2021). Challenges of financing and performance in Brazilian primary care. *Lancet Regional Health – Americas*, 2, 100024.
- Saltman, R. B., Duran, A., & Dubois, H. F. W. (2021). *Governing health systems: For nations and communities around the world*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sellera, P. E., et al. (2023a). Impact of weighted capitation on registration in Brazilian municipalities. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(7), 2197–2208.
- Sellera, P. E., et al. (2023b). Efeitos do novo modelo de financiamento da APS nos municípios do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(9), 3471–3484.
- Sellera, P. E., et al. (2024). Financing reform in Brazilian Primary Health Care: Equity and fragmentation. *BMC Health Services Research*, 24(11409).
- Starfield, B. (2012). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford: Oxford University Press.
- WHO – World Health Organization. (2019). *Global health expenditure database & World health report*. Geneva: WHO.
- WHO – World Health Organization. (2021). *Primary health care measurement framework and indicators*. Geneva: WHO.