

Financiamento na Atenção Primária à Saúde

Ricardo Souza Heinzelmann, Dirceu Klitzke, Allan Claudius Queiroz Barbosa, Maria Inez Padula Anderson¹

RESUMO

O período histórico de 2016 a 2026 foi marcado por intensas transformações no financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, transitando de um ciclo de desfinanciamento e retração (2016–2022) para um de reconstrução e aprimoramento (2023–2026). Embora a Portaria nº 3.493/2024 represente um avanço significativo ao resgatar o financiamento fixo populacional e focar na Estratégia Saúde da Família e equipes eMulti, desafios persistentes como precarização do trabalho, envelhecimento populacional, saúde mental e emergências climáticas exigem novos avanços. Este documento apresenta 11 propostas formuladas pela Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO para a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, visando promover equidade, sustentabilidade financeira, valorização dos trabalhadores, transformação digital e fortalecimento da gestão pública no SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Financiamento da Saúde; Saúde da Família; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The historical period from 2016 to 2026 in Brazil was marked by profound changes in federal funding for Primary Health Care (PHC), transitioning from a phase of underfunding and austerity (2016–2022) to one of reconstruction and enhancement (2023–2026). Although Ordinance No. 3,493/2024 represents a major step forward by restoring population-based fixed funding and prioritizing the Family Health Strategy and multidisciplinary teams, ongoing challenges such as precarious employment, population aging, mental health demands, and climate emergencies require further policy action. This paper presents 11 proposals formulated by the PHC Research Network of ABRASCO for the National Primary Health Care Policy, aimed at promoting equity, financial sustainability, worker valorization, digital transformation, and strengthening public management within the Unified Health System (SUS).

Keywords: Primary Health Care; Health Financing; Family Health; Health Policy; Unified Health System.

Revista da Rede APS 2026

Publicada em: 08/10/2026

DOI: 10.14295/aps.v8i1.466

Ricardo Souza Heinzelmann
(Universidade Federal de Santa Maria)

Dirceu Klitzke
(Ministério da Saúde)

Allan Claudius Queiroz Barbosa
(Universidade Federal de Minas Gerais)

Maria Inez Padula Anderson
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

Correspondência para:
Ricardo Souza Heinzelmann
(ricardo.dab@gmail.com)

¹ Apoio de Camila da Cunha Souza Nóbrega (Rede de Pesquisa em APS).

INTRODUÇÃO

O período histórico de 2016 a 2026 foi marcado por mudanças no financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em dois ciclos distintos: um primeiro, de 2016 a 2022, de desfinanciamento e retração; e um segundo, de 2023 a 2026, de reconstrução e aprimoramentos da APS.

O primeiro ciclo encontra na aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, o marco legal que impôs o chamado teto de gastos com austeridade fiscal. Isso aprofundou o desfinanciamento do SUS. Esse cenário foi agravado com a instituição do Programa Previne Brasil, em 2019, que estabeleceu uma lógica gerencialista e privatista para a atenção primária.

Ao vincular a maior parte do recurso à capitação ponderada e ao desempenho, o novo modelo impôs um caráter focalizador e produtivista à atuação das equipes de saúde, o que gerou retrocessos em seu processo de trabalho e reduziu a importância das ações de caráter comunitário e de base territorial, bem como da abordagem familiar. Deixou-se de priorizar o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes, além de se extinguir o financiamento das equipes multiprofissionais, denominadas naquele momento de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Soma-se a isso o baixo ou quase nulo investimento em infraestrutura, como obras e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e a redução drástica de programas com impacto nos municípios, a exemplo do Mais Médicos.

A partir de 2023, iniciou-se o segundo ciclo, marcado pelo início da reconstrução da APS: a retomada do investimento federal; a revisão do modelo de financiamento, com foco nas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e na retomada do antigo NASF, agora sob a forma de equipes Multiprofissionais (eMulti); o reforço de programas de provimento, como o Mais Médicos; o forte investimento em infraestrutura, com obras, equipamentos para UBS e unidades móveis odontológicas; a expansão deliberada de equipes voltadas ao atendimento de grupos vulnerabilizados, e a valorização dos trabalhadores, com a implementação do Piso Nacional da Enfermagem (Lei nº 14.434/2022), viabilizada pela assistência financeira

complementar da União aos municípios.

A nova gestão federal, iniciada em 2023, estabeleceu um modelo de financiamento a partir da Portaria nº 3.493/2024, resgatando o financiamento fixo de base populacional e instituindo fatores de equidade, com ajustes que consideram a vulnerabilidade social, o porte populacional dos municípios e o dimensionamento mais adequado de pessoas vinculadas às equipes. Também foram revistos os critérios de desempenho do Previne Brasil que apresentavam apenas alguns indicadores limitados; passando-se, então, a adotar componentes de qualidade mais abrangentes, incentivando boas práticas de cuidado. Outro aspecto importante foi o resgate do financiamento federal para as equipes multiprofissionais, resolvendo o vácuo de custeio proporcionado pelo modelo anterior.

DESAFIOS EMERGENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Considerando os aspectos mencionados, a Portaria nº 3.493/2024 resultou em um importante avanço no sentido de resgatar elementos centrais para a APS, e para o fortalecimento da ESF e equipes Multiprofissionais (eMulti). No entanto, muitos dos atuais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços não foram contemplados pelo novo financiamento de 2024.

Diante do atual contexto epidemiológico, destacam-se como problemas emergentes de saúde pública as questões de sofrimento e adoecimento mental crescente, que passam a ser uma das grandes demandas de cuidado. No mesmo sentido, o acelerado envelhecimento populacional impõe atenção prioritária à saúde da pessoa idosa, marcada por multimorbidade, fragilidade e necessidade de cuidado continuado e coordenado.

Da mesma forma, o enfrentamento às violências — sejam elas autoprovocadas, interpessoais, de gênero ou contra crianças e idosos — exige busca ativa, articulação intersectorial e atuação diferenciada dos profissionais. Trata-se de um trabalho complexo, interdisciplinar, longitudinal e que consome tempo substancial das equipes.

Profissionais pressionados a atingir metas específicas tendem a dedicar menos tempo e a ficar sem respaldo institucional para realizar ações voltadas para condições e contextos não contemplados nelas. Para responder a essa agenda, torna-se estratégica a incorporação de tecnologias à APS: telessaúde, prontuário eletrônico integrado com a atenção especializada, teleconsulta e ferramentas de apoio à decisão e à gestão de risco, capazes de ampliar o acesso, qualificar o cuidado e apoiar a coordenação entre pontos da rede.

Acrescentam-se a esse cenário as emergências em saúde pública e os eventos climáticos extremos como enchentes, secas, ondas de calor e surtos, cada vez mais frequentes e severos. Cabe à APS, como porta de entrada e base territorial do SUS, preparar-se para atuar na prevenção, na resposta rápida e na continuidade do cuidado às populações atingidas.

Portanto, mesmo considerando o avanço de sair dos sete simples indicadores de desempenho do Previnir Brasil para um conjunto mais amplo de componentes de qualidade, ainda se manteve uma lógica passível de ser capturada pela visão gerencialista e pela focalização do cuidado individual e fragmentado, uma vez que o conjunto de indicadores impacta efetivamente o financiamento.

Somado a isso, vivenciamos um contexto de crescente precarização das relações de trabalho na APS. O Censo Nacional de Unidades Básicas de Saúde aponta que já temos um percentual elevado de profissionais de saúde vinculados por meio de processos de pejetização. A maioria dos médicos das equipes de saúde possui vínculos precários por meio de bolsas ou contratos temporários. O aumento das relações precárias de trabalho, condições inadequadas de trabalho e os baixos salários atingem igualmente os profissionais de enfermagem, cirurgiões-dentistas e trabalhadores das equipes multiprofissionais.

Esse cenário, somado à sobrecarga e às condições de trabalho muitas vezes inadequadas, favorecem a maior rotatividade de profissionais, o que afeta a longitudinalidade e o desempenho das equipes, além de gerar instabilidade aos trabalhadores, contribuindo para processos de burnout e outros transtornos de saúde mental. Neste contexto, vale destacar que a Portaria 3.493/2024 ainda permite que municípios com mais de 100.000 habitantes tenham população adscrita de até 4.000 pessoas. Estas populações, especialmente nos grandes

centros, habitualmente correspondem a faixa de maior vulnerabilidade social, em territórios de maior violência, o que acrescenta desafios ainda maiores no campo da equidade em saúde.

PROPOSTAS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste contexto, foram formuladas as propostas a seguir para uma nova Política Nacional de Atenção Primária à Saúde:

1. Criar mecanismos de utilização dos dados do Censo Nacional de Unidades Básicas de Saúde para distribuição equitativa de recursos: A alocação deve combinar o déficit de infraestrutura identificado pelo Censo com indicadores de vulnerabilidade socioeconômica e de capacidade fiscal dos municípios, de modo a priorizar os entes com maior necessidade e menor capacidade. Dessa forma, apoiam-se financeiramente, de maneira dirigida, os municípios cujas UBS apresentam maior demanda de investimento em infraestrutura, informatização, insumos e equipamentos.
2. Estruturar um componente federal permanente de investimento na estrutura física e equipamentos das UBS: Esse componente é fundamental para garantir ambiência, conectividade, insumos, equipamentos e espaços de trabalho adequados para o exercício da integralidade do cuidado, superando a dependência de emendas parlamentares. A utilização de dados de avaliações externas pode direcionar o uso eficiente dos recursos financeiros, reduzindo as iniquidades historicamente geradas pela lógica impositiva e alocativa das emendas.
3. Incluir novos componentes de qualidade de natureza estruturante na pontuação e cálculo do financiamento das equipes: Propõe-se incorporar componentes voltados ao enfrentamento das violências, ao cuidado integral em saúde mental, à vigilância em saúde, à promoção da equidade, às ações comunitárias, à participação e controle social, à atuação em territórios de alta vulnerabilidade social e de difícil acesso, agregando ainda a preparação das equipes para emergências em saúde pública e eventos climáticos extremos.

4. Assegurar critérios de proporcionalidade do financiamento vinculado ao desempenho das equipes, ampliando o peso do componente equidade/fixo: Isso garante maior previsibilidade para os gestores municipais, considerando que variações quadrimestrais de uma parte considerável do recurso financeiro dificultam o planejamento adequado dos processos de expansão e manutenção das equipes.

5. Estabelecer aporte mínimo obrigatório das gestões estaduais no cofinanciamento da APS: Propõe-se instituir um patamar estadual de aplicação em APS, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de modo a corrigir e aprimorar o cofinanciamento tripartite, hoje marcado por uma participação estadual irregular e sem parâmetro definido. O fortalecimento desse aporte amplia a sustentabilidade financeira da APS e reduz a sobrecarga dos municípios, movimento que deve ser acompanhado pela ampliação do financiamento federal.

6. Instituir critério(s) de diferenciação de financiamento para equipes que contem com especialistas em Atenção Primária à Saúde: Propõe-se reconhecer o valor da formação e qualificação técnica por meio de um financiamento diferenciado para equipes que tenham na sua composição especialistas em APS (como enfermeiros e cirurgiões-dentistas especialistas em Saúde da Família e médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade), considerando as evidências que apontam que a presença desses profissionais eleva a resolutividade, reduz internações por condições sensíveis e otimiza recursos.

7. Criar uma linha de financiamento federal indutora da despreciação de vínculos de trabalho na APS: Contribuir para reduzir contratos temporários precários ou contratações via pessoas jurídicas, adotando carreiras públicas estáveis com contratos CLT ou estatutários. Ao induzir a estabilidade dos

vínculos e assegurar direitos trabalhistas plenos, a política estará contribuindo para a longitudinalidade e coordenação do cuidado.

8. Ampliar o financiamento indutor da presença de ACS nas equipes de Saúde da Família: Resgatar a proporção mínima de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cada 750 pessoas para o financiamento adequado do número de ACS por equipe, ampliando a abordagem comunitária e a ação de base territorial.

9. Criar uma linha de financiamento federal indutora da transformação digital da APS: Incentivo dirigido à informatização das equipes e à conectividade das UBS. A linha deve financiar a adoção do e-SUS APS universal como prontuário eletrônico interoperável e em rede, integrando os pontos de atenção, garantindo conectividade de qualidade, ferramentas de telessaúde/teleconsulta e a incorporação responsável de inteligência artificial como apoio à decisão clínica e gestão de risco.

10. Criar mecanismos normativos para que recursos de emendas parlamentares destinados à APS sejam executados mediante critérios técnicos de priorização: Disciplinar a aplicação das emendas, vinculando sua execução a critérios objetivos de necessidade, combinando dados do Censo Nacional de UBS, resultados de avaliações externas e indicadores dos sistemas de informação em saúde.

11. Instituir um programa nacional permanente de avaliação externa visando à melhoria contínua da qualidade da Atenção Primária: Estruturar ações permanentes de monitoramento de indicadores, apoio institucional, educação permanente e cooperação horizontal entre equipes. A avaliação in loco com participação de instituições de ensino e pesquisa deve mensurar a satisfação do usuário, a infraestrutura das unidades e a dinâmica do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AFONSO, M. P. D.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E.; RAMALHO, W. M.; AFONSO, T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*, v. 7, n. 12, 2017.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial, comunitária e integrada à rede do SUS: Proposições da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
5. FERNANDEZ, M.; TASCA, R.; KLITZKE, D. D.; KEMPER, E. S.; PILZ, C.; MAIA, B.; FORMOSO, G. O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde: modelos, desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 148, jan./mar. 2026.
6. JANTSCH, A. G.; BURSTRÖM, B.; NILSSON, G. H. et al. Detection and follow-up of chronic health conditions in Rio de Janeiro – the impact of residency training in family medicine. *BMC Family Practice*, v. 22, n. 1, p. 223, 2021.
7. JANTSCH, A. G.; BURSTRÖM, B.; NILSSON, G. H. et al. Residency training in family medicine and its impact on coordination and continuity of care: an analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro. *BMJ Open*, v. 12, n. 3, 2022.
8. JANTSCH, A. G.; BURSTRÖM, B.; NILSSON, G. H.; PONCE DE LEON, A. The impact of residency training in family medicine on hospital admissions due to Ambulatory-care Sensitive Conditions in Rio de Janeiro. *PLOS Global Public Health*, v. 3, n. 10, 2023.
9. MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; LIMA, A. M. F. S.; KLITZKE, D. D.; PINTO, H. A. A política para a Atenção Primária em Saúde no Brasil: um panorama de sua trajetória e evolução. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 49, n. 1, p. 50-74, jan./mar. 2025. DOI: 10.22278/2318-2660.2025.v49.n1.a4593.
10. MELO, M. A.; SILVA, A. S.; PIMENTA, A. L.; MENDES, A.; PAIVA, J. L. L. Financiamento da APS ao longo do tempo: indução, expansão e qualificação do modelo Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e12642025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.12642025.
11. MENDONÇA, C. S. Piso de Atenção Básica: um marco no financiamento e equidade na distribuição dos recursos financeiros do SUS. *APS em Revista*, v. 5, p. 45-51, 2023.
12. RODRIGUES, G. P. et al. Association between hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions and primary care physician specialisation: a longitudinal ecological study in Belo Horizonte, Brazil. *BMJ Open*, v. 15, n. 11, 2025.