

RECURSOS DESTINADOS A SAÚDE PRIMÁRIA EM MATO GROSSO DO SUL

Resources destined for primary health in Mato Grosso do Sul

Recursos destinados a la salud primaria en Mato Grosso Do Sul

DOI: 10.48075/igepec.v28i1.32271

Tereza Costa Pesconi Batista
Universidade Federal da Grande Dourados

Luciana Virginia Mario Bernardo
Universidade Federal da Grande Dourados

Maycon Jorge Ulisses Saraiva Farinha
Universidade Federal da Grande Dourados

RECURSOS DESTINADOS A SAÚDE PRIMÁRIA EM MATO GROSSO DO SUL

Resources Destined for Primary Health in Mato Grosso do Sul

Recursos destinados a la salud primaria en Mato Grosso Do Sul

Tereza Costa Pesconi Batista¹
Luciana Virginia Mario Bernardo²
Maycon Jorge Ulisses Saraiva Farinha³

Resumo: A Lei 8.080/1990 regulamenta as ações e serviços de saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir o acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Assim, este estudo tem por objetivo analisar o uso de recursos para a atenção básica dos municípios de Mato Grosso do Sul, no período de 2012 e 2022. Para isso, utilizou-se dados secundários do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) e utilizou o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) para deflacionar os valores. Fez-se uso da análise regional para a análise dos dados, a partir do uso do Quociente Locacional - QL. As principais considerações realizadas remetem-se a existência de uma melhoria na divulgação das informações sobre os recursos da saúde. Além disso, houve uma redução no número de municípios com QL maior que um.

Palavras-chave: Atenção Básica. Divulgação de Informações. Recursos para a Saúde.

Abstract: Law 8,080/1990 regulates health actions and services, including the Unified Health System (SUS), seeking to guarantee universal and comprehensive access to health care. Thus, this study aims to analyze the use of resources for primary care in the municipalities of Mato Grosso do Sul, between 2012 and 2022. For this, secondary data from SIOPS (Information System on Public Health Budgets) was used.) and used the IPCA (Broad National Consumer Price Index) to deflate the values. Regional analysis was used to analyze the data, using the Locational Quotient - QL. The main considerations made refer to the existence of an improvement in the dissemination of information about health resources. Furthermore, there was a reduction in the number of municipalities with a QL greater than one.

Keywords: Primary Care. Disclosure of Information. Health Resources.

Resumen: La Ley 8.080/1990 regula las acciones y servicios de salud, incluido el Sistema Único de Salud (SUS), buscando garantizar el acceso universal e integral a la atención de salud. Así, este estudio tiene como objetivo analizar el uso de recursos para la atención primaria en los municipios de Mato Grosso do Sul, entre 2012 y 2022. Para ello, se utilizaron datos secundarios del SIOPS (Sistema de Información sobre Presupuestos de Salud Pública) y se utilizó el IPCA (Índice Nacional Amplio de Precios al Consumidor) para deflactar los valores. Para analizar los datos se utilizó el análisis regional, utilizando el Cociente Localizador - QL. Las principales consideraciones realizadas se refieren a la existencia de una mejora en la difusión de información sobre los recursos sanitarios. Además, hubo una reducción en el número de municipios con un QL mayor a uno.

Palabras clave: Atención Primaria. Revelación de información. Recursos de salud.

¹ Graduanda em Contabilidade na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. E-mail: tereza_pesconi@hotmail.com

² Docente do curso de Ciências Contábeis na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. E-mail: lucianavbernardo@ufgd.edu.br

³ Doutor em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD. E-mail: maycondnds@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que a saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado (Brasil, 1988; Raksa; Oliveira; Silva, 2016). A partir deste entendimento, foi instituída a Lei 8.080/1990, ao qual, regula as ações e serviços de saúde, dentre elas o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema, visa garantir o direito do povo brasileiro, ao acesso universal e integral a este direito fundamental (Brasil, 1990). Para Capucho et al. (2012) há um conjunto de tecnologias em saúde, que auxilia a promoção do bem-estar das pessoas, sendo elas, i-medicamentos, ii-materiais, iii-equipamentos e procedimentos, iv-organização, v-educação, vi-sistemas de informação e apoio, vii-planos e viii-protocolos assistenciais. Porém, com relação a estes recursos, existe uma visão errônea, de que o acesso à saúde com integridade envolve apenas, o acesso aos mesmos.

O perfil sanitário do Brasil, possui elevado número de doenças crônico-degenerativas, agravos de saúde mental, distúrbios alimentares, além de manutenção de doenças infecciosas e aumento na incidência de mortes violentas (Marinho et al., 2018). Nos últimos anos, tem-se destacado globalmente a importância da atenção primária à saúde (APS) (Sumar; Fausto, 2014). Sendo esta, considerada a principal forma de acesso aos serviços de saúde, bem como promove a distribuição mais equitativa da saúde pública (Starfield; Shi; Macinko, 2005; Kasmin, 2020). A APS pode ser entendida como um conjunto de ações, que visa promover a prevenção de doenças, bem como, a existência de um diagnóstico em fase inicial. De modo a existir a redução dos danos individuais, visando a existência da qualidade da saúde coletiva (Ministério da Saúde, 2023).

Contudo, em relação ao Brasil, a APS, tem enfrentado problemas para sua expansão, devido a existência de barreiras como, escassez de profissionais, distâncias geográficas, restrição orçamentária, entre outras (Andrade et al., 2018a; Andrade et al., 2018b). Há também, disparidade na qualidade dos serviços prestados, entre municípios e regiões, ao qual dificultam a resolução de problemas na prestação dos serviços públicos de saúde (Giovannella et al., 2009; Chomatas et al., 2013).

Neste contexto, o financiamento da saúde pública no Brasil é um processo penoso e desgastante, a história do Sistema Único de Saúde - SUS é marcada por reduções dos recursos e pelo aumento populacional. Resultando em um subfinanciamento da estrutura necessária para o atendimento dos usuários. Este fato fica evidente, ao ser observado o não cumprimento do artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal. Ao qual prevê, que até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, excluindo-se do orçamento relacionado a seguridade social o seguro desemprego, no mínimo 30% deste recurso, seja destinado a saúde. Denota-se ainda, que entre 1995 e 2015, os recursos utilizados pelo Ministério da Saúde, manteve-se em 1,7% do Produto Interno Bruto nacional (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2023), a APS é realizada de forma descentralizada e com capilaridade, possibilitando que a mesma ocorra, de forma próxima as pessoas. Além disso, são utilizadas diversas estratégias, com a finalidade do atendimento das diferentes demandas de saúde da população, sendo assim, considerada principal porta de entrada do SUS.

Como identificado, há diferentes entraves que dificultam o desenvolvimento da APS no Brasil, sendo um deles os recursos públicos destinados ao atendimento da saúde da população. Este estudo, irá analisar o uso de recursos para a atenção

primária dos municípios de Mato Grosso do Sul, no período de 2012 e 2022. Justifica-se sua realização, devido a implementação, em 2020, de um novo modelo de financiamento das APS, ao qual, visa melhorias das atividades do SUS (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

2 – SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública em nosso país é um direito de todos desde a atenção primária até a terciária (Brasil, 1988). Entretanto, mesmo sendo uma garantia da população, existem momentos em que as limitações orçamentárias ocasionam em falhas de atendimento aos usuários do SUS. Tendo em vista que, as políticas públicas para serem exitosas, devem ser realizadas a partir de planejamentos, para que ocorram de forma efetiva (Falsarella, 2012).

O SUS é resultado de décadas de luta do movimento pela reforma sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 (Carvalho, 2013). A partir de sua criação, houve um direcionamento para a atenção básica, de modo que se tornou a estratégia principal de atuação, para o acesso aos serviços públicos de saúde (Pinto; Giovanella, 2018). Tendo como resultados, a redução da mortalidade infantil e hospitalizações evitáveis, implicando na ampliação ao acesso a serviços de saúde (Associação Brasileira De Saúde Coletiva, 2018). Contudo, os desafios associados a atenção básica, são persistentes e estão associados ao seu financiamento, qualificação profissional entre outros (Cecílio; Chioro-Reis, 2018; Malta et al., 2016; Giovanella, 2014).

De acordo com Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008), o Projeto de Saúde Coletiva foi iniciado no Brasil na década de 1970 para buscar novos modelos explicativos do processo de cuidar nos agravos à saúde e testar novas intervenções no campo da organização dos serviços. A possibilidade de expandir a atenção primária à saúde com base no paradigma da determinação social da doença significa organizar os sistemas e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, onde a atenção primária à saúde será a porta de entrada do sistema de saúde.

No contexto atual, a política pública de saúde brasileira é organizada e regida pela lei do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é amparado por um grande corpo de legislação baseado principalmente na Constituição Federal de 1988 e nas Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990, complementado por vários Códigos de Conduta. Os Decretos Ministeriais são um importante instrumento de regulação política e visam estabelecer diretrizes para a implementação das leis aprovadas pelo Poder Legislativo de acordo com o que determina a Constituição Federal de 1988. No contexto do setor saúde, o decreto tem desempenhado papel de destaque, não apenas pelo elevado número de submissões desde os últimos anos da década de 1990, mas principalmente pela forte indução assumida pelo instrumento na definição da política setorial habilitada (Böing; Crepaldi, 2010).

Os benefícios dos sistemas de saúde apoiados por cuidados primários de saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há algum consenso entre os formuladores de políticas de que os cuidados primários de saúde devem ser fortalecidos. No entanto, imprecisões e práticas controversas de seu significado dominam o desenvolvimento e a implementação da política de atenção primária à saúde. As prioridades para a atenção primária à saúde são abordadas em diferentes discursos, por vezes com iniciativas opostas. O erro conceitual decorre de várias influências que afetaram a atenção primária por décadas (Giovanella, 2018).

Na década de 1990, como pontuado por Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008), com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio era ressignificar as prioridades do Ministério da Saúde na organização da atenção primária à saúde, ou atenção primária à saúde, como também é chamada de atenção primária à saúde no país. Organiza-se, então, conforme a integração entre unidades de saúde e comunidades ou entre profissionais de saúde e usuários de uma determinada área, e refere-se ao Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994.

Os principais dispositivos das Leis nº 8080 e nº 8142 estabelecem um conceito ampliado de saúde que incorpora os fatores ambientais naturais, socioeconômicos e culturais e o acesso a serviços de promoção, proteção e reabilitação da saúde. Essas leis legitimam o direito de todo indivíduo à ação de saúde sem qualquer discriminação, que o governo garante, e estabelecem os princípios do SUS: Universalidade; Acesso e Coordenação da Atenção; Vínculo e Continuidade da Atenção; Integralidade; Responsabilização; Humanidade; Equidade e Noivado. Na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, vem sendo implementada como um modelo alternativo de atenção ao modelo biomédico, tradicional e centrado na pessoa (Böing; Crepaldi, 2010).

No Brasil, embora concordando com os autores que há algum consenso na ideia de construir uma atenção básica para um SUS de qualidade, também podemos observar uma tensão discursiva entre nossa atenção básica/prevenção básica de saúde X enfermagem; saúde coletiva x clínica ; Ação Programática X Necessidades Voluntárias; Orientação Comunitária X Serviços de Saúde; Necessidades da População X Acesso Oportuna; Caracteriza-se pela focalização, seletividade e inserção paralela nas redes assistenciais existentes (Giovanella, 2018).

Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008), afirmam que o PSF modelou ações organizacionais e serviços de saúde em que a atenção básica foi integrada à atenção básica no SUS. Desde o seu surgimento, as condições de apoio financeiro e político mudaram, sugerindo que seus planos de expansão foram motivados pela regulamentação do processo de descentralização do sistema de saúde.

Cabe esclarecer o uso dos termos atenção primária e atenção primária. A primeira tem um significado mais amplo e inclui ações integrais como promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Böing; Crepaldi, 2010).

Essas ações vão ao encontro das práticas de vigilância em saúde do novo modelo assistencial preconizado pela legislação do SUS, cuja efetividade se busca por meio da Estratégia Saúde da Família. Portanto o termo Atenção Primária, é utilizado especialmente no contexto da saúde pública no Brasil. Assim como, o termo é utilizado internacionalmente em uma conotação mais restrita e diz respeito à saúde coletiva em ações promocionais e preventivas. Neste estudo, esses termos serão usados como sinônimos, considerando que são discutidos apenas problemas de saúde pública brasileira e que a atenção primária inclui ações integradas e tem a função de organizar todo o sistema de saúde (Giovanella, 2018).

3 – METODOLOGIA

Este estudo tem abordagem quantitativa e descritiva, realizado a partir de dados secundários, com origem no SIOPS (2023), vinculado ao Ministério da Saúde. Os dados referem-se aos gastos totais utilizados com Saúde de modo geral e os gastos específicos destinados a Atenção Básica. Os anos analisados foram 2012 e 2022, utilizou o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, para deflacionar os valores (IBGE, 2023a).

Fez-se uso da análise percentual para identificar, a participação dos gastos com a Atenção Básica nos gastos totais com Saúde, em cada município do estado de Mato Grosso do Sul. Além disso, foram identificados os recursos utilizados com a Atenção Básica e aqueles utilizados com Saúde de modo geral, por número de pessoas residentes no município. Para isso, dividiu-se os valores de cada recurso pelo número de pessoas identificadas no Censo Demográfico de 2010 e 2022, disponibilizados pelo IBGE (2023b).

Na sequência, foi utilizado o Quociente Locacional (QL), como medida regional (Paiva; Jannuzzi, 2022). O QL(1), possibilitou identificar a concentração do uso dos recursos destinados a Saúde com a Atenção Básica, a partir da análise realizada para cada município, em relação ao estado.

$$QL = \frac{E_{ij}}{E_i} / \frac{E_j}{E} \quad (1)$$

Ao qual,

E_{ij}: despesa executada com atenção básica no município;

E_i: despesa executada com saúde total no município;

E_j: despesa executada com atenção básica no Estado de Mato Grosso do Sul;

E: despesa executada com saúde total de Mato Grosso do Sul.

Para interpretar este indicador, foram utilizadas as informações, $QL \geq 1$, localização significativa; $0,50 \leq QL \leq 0,99$, localização média e $QL \leq 0,49$, localização fraca (Ferrera de Lima et al., 2006).

Todos os resultados utilizaram a malha digital municipal, disponibilizada pelo IBGE (2022) para serem associados aos municípios do estado, a partir do uso do *software* Qgis.

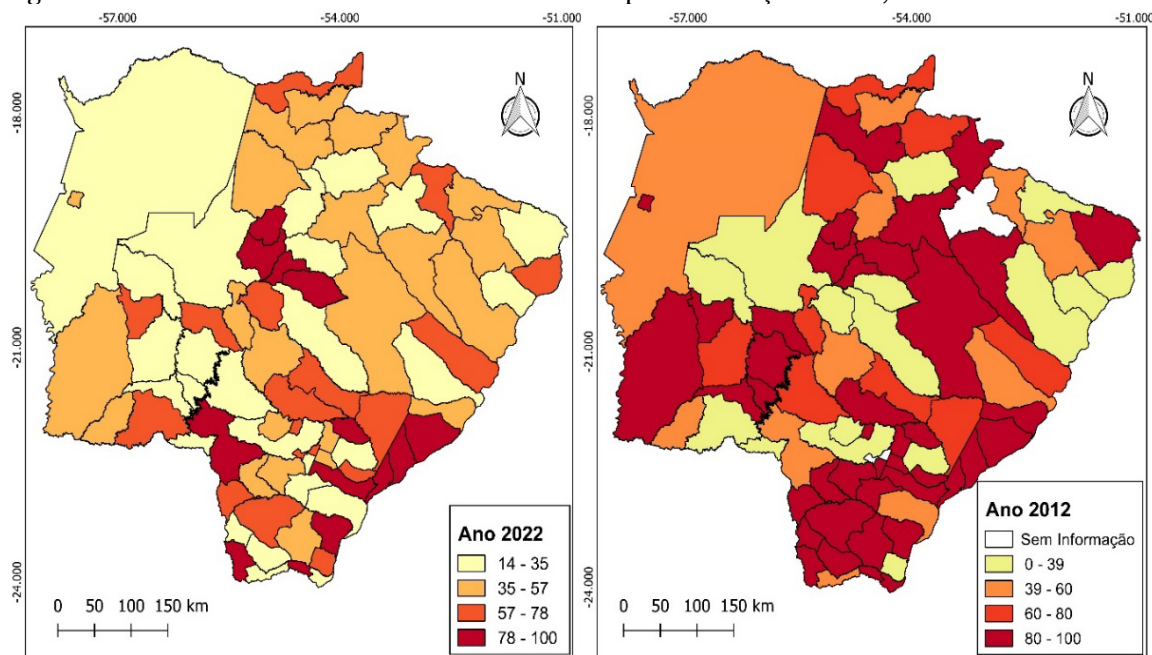
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Atenção Básica é um componente fundamental do sistema de saúde, desempenhando um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Portanto, compreender como os recursos são alocados para a Atenção Básica é importante para o planejamento e a eficácia dos serviços de saúde.

Denota-se que o perfil do uso dos recursos destinados a saúde, alteraram-se no período de dez anos para os municípios do estado de Mato Grosso do Sul. Tendo em vista que em 2012, 53 municípios, ou seja, aproximadamente 67% dos municípios do estado, destinaram no mínimo metade de seus recursos da saúde, para a Atenção Básica. Em 2022, esse quantitativo foi reduzido, sendo representado por 36 municípios, ou seja, 45% dos municípios (Figura 1). Denota-se que há benefícios para a população, relacionados a existência de cuidados primários qualitativos da saúde, sendo considerado a importância de seu fortalecimento. Tendo em vista que estes

cuidados promovem prevenções e cuidados no início das doenças mais graves (Giovannella, 2018).

Figura 1 – Percentual dos Recursos da Saúde usados para a Atenção Básica, anos 2012 e 2022



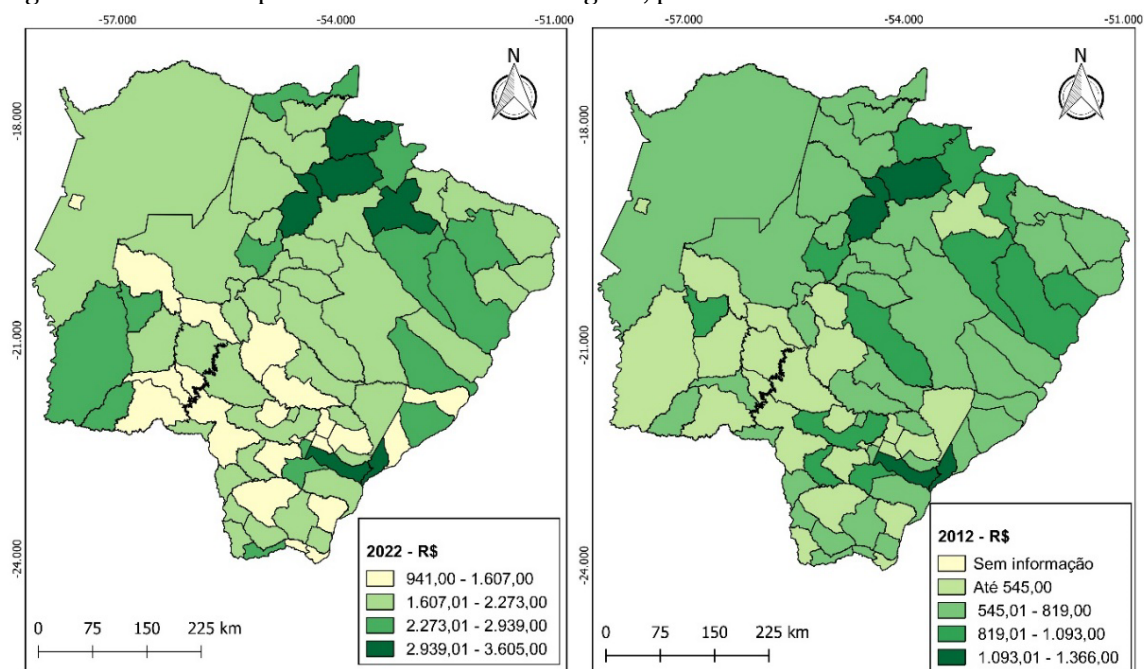
Fonte: elaborado a partir dos dados SIOPS (2023).

Contudo, cabe considerar que no último Censo Demográfico, publicizado em 2023, indicou-se que 47 municípios do estado possuem uma população menor que 20.000 habitantes (IBGE, 2023b), ou seja, são considerados municípios de pequeno porte. Ao qual, Silva et al. (2018) indicam há dificuldades dos gestores do SUS, destes municípios, em gerir os recursos para o atendimento da população para além da Atenção Básica. Ao qual, precisam ser realizadas via convênios com outros gestores municipais e estaduais e ainda, por meio da contratação de serviços privados. Para que esse atendimento ocorra, Villani e Bezerra (2013) a população muitas vezes precisa se deslocar para outras localidades. E ainda, para Leite et al. (2012) esses municípios precisam disputar as vagas, tendo em vista a baixa oferta dos serviços de média e alta complexidade. E ainda, para Teixeira et al. (2003), o processo de descentralizar dos recursos da saúde, trouxe benefícios aos municípios de pequeno porte, contudo, estes ainda possuem vulnerabilidade fiscal, devido ao alto impacto nas finanças municipais.

Outro aspecto importante a ser considerado é a análise da distribuição dos recursos da saúde, em relação ao número de pessoas residentes nos municípios sul-mato-grossenses (Figura 2). Tal informação, é resultado da divisão dos valores totais da saúde por ano, pela quantidade populacional informada nos censos demográficos realizados em anos próximos. Ao qual, possibilita estimar os valores anuais disponíveis, ao gerenciamento dos gestores. Em 2012, os valores corresponderam ao intervalo de R\$ 305,70 a R\$ 1.366,00, denota-se que neste ano, o valor do salário mínimo foi de R\$ 622,00, de modo que 37 municípios tiveram o equivalente a menos de um salário mínimo no ano de recursos disponíveis, para a saúde. Em 2022, o salário mínimo praticado, foi de R\$ 1.212,00, ao qual, 6 municípios tiveram como receita anual da saúde, um valor individual para a população, menor que um salário mínimo. Destaca-se os municípios de Figueirão, São Gabriel do Oeste, Jateí e

Taquarussu, que se mantiveram em ambos os anos de análise, na classificação com os maiores valores.

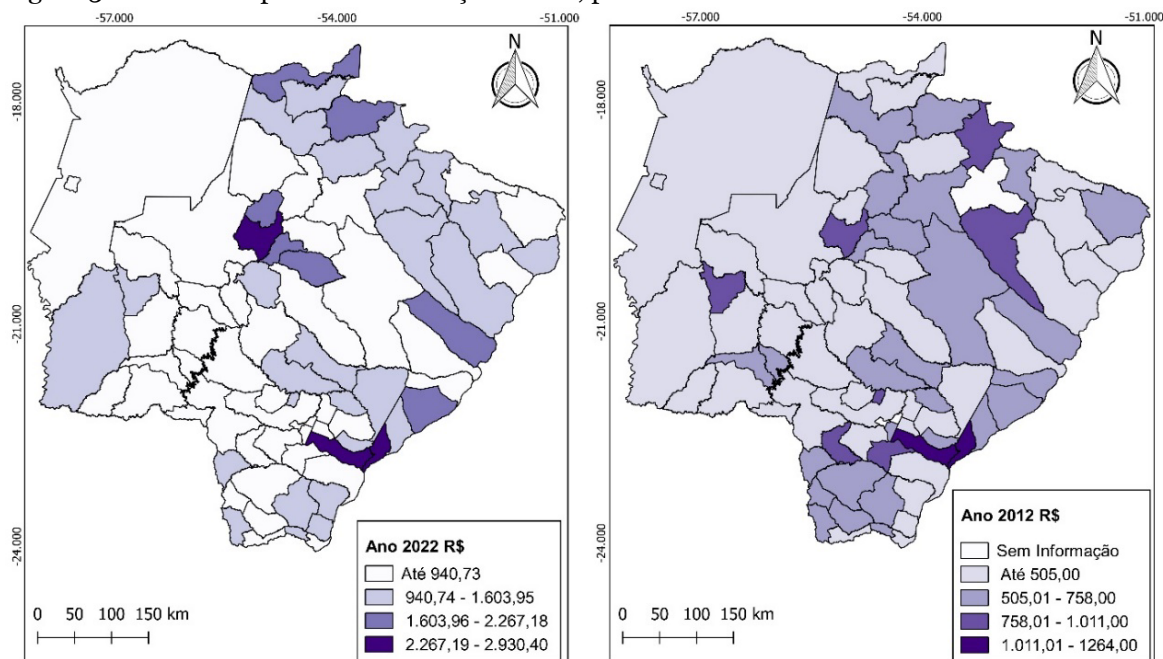
Figura 2 – Recursos aplicados na Saúde de modo geral, por habitante nos anos de 2012 e 2022



Fonte: elaborado a partir dos dados SIOPS (2023).

Tais resultados indicam um progresso positivo na disponibilidade de recursos, referentes a saúde em Mato Grosso do Sul. No entanto, é importante ressaltar que essa análise, refere-se apenas a disponibilidade de recursos, não está se aferindo a qualidade a qualidade dos serviços prestados. A mesma proporção foi realizada em relação ao que foi declarado pelos municípios, como recursos da saúde aplicados a Atenção Básica, nos respectivos anos de análise (Figura 3). Estes recursos estão inclusos no valor aplicados na Saúde de modo geral. Denota-se que em 2022, houve melhorias nos recursos destinados a Atenção Básica. Contudo, pela distribuição observada na Figura 3, denota-se que se manteve o padrão, da localização dos municípios – regiões Oeste-Centro, que tiveram os menores valores por habitante, utilizado com a Atenção Básica. Também, observa-se que os municípios Jaté e Taquarussu, mantiveram-se agrupados na classificação de maior valor, em ambos os anos de análise.

Figura 3 – Recursos aplicados na Atenção Básica, por habitante nos anos de 2012 e 2022



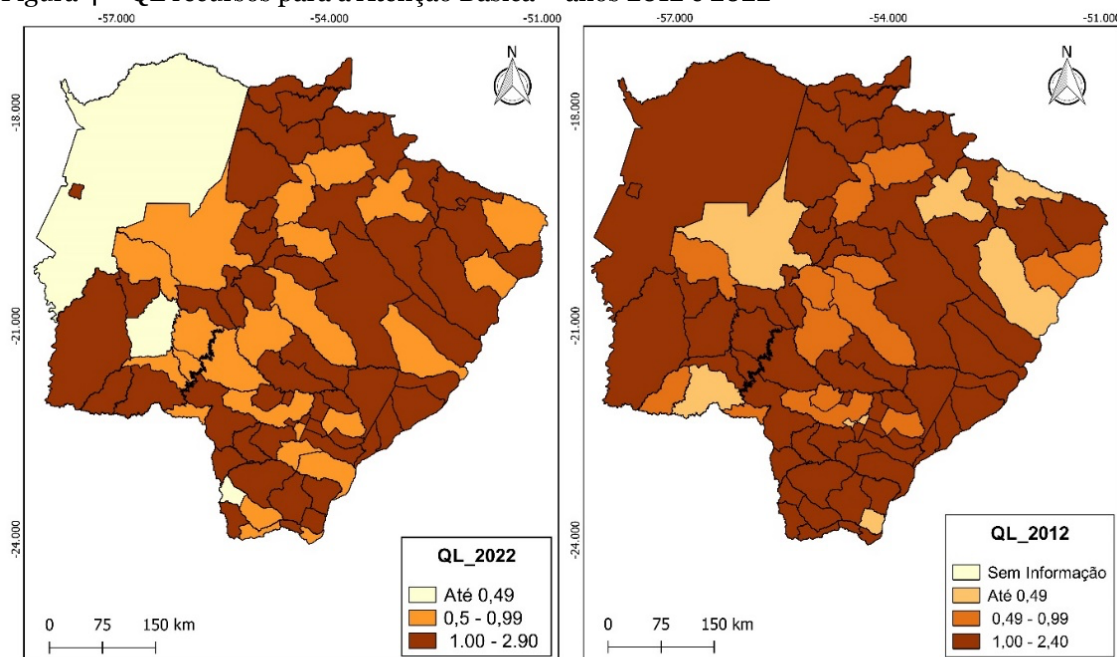
Fonte: elaborado a partir dos dados SIOPS (2023).

No Brasil, a Atenção Básica, é financiada nos moldes tripartite, ao qual, há um piso referente a categoria, em que o Governo Federal, faz repasses fixo e variável. O piso fixo, destina-se as ações de atenção básica geral, em que é estabelecido um valor per capita/ano. O valor do piso variável, está associado ao comprometimento dos municípios, a realização de ações específicas propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil; Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2011). Contudo, observa-se que de modo geral, os valores transferidos pelo governo federal, são insuficientes para custear as necessidades que os usuários da Atenção Básica possuem, no país. De modo, que os municípios precisam injetar recursos próprios para conseguir arcar com estes custos ou estrutura-se a Atenção Básica, de modo que seja seletiva ou focalizada (Mendes, 2015).

Neste contexto, cabe considerar que há necessidade de garantir que o aumento nos recursos para a saúde pública nos municípios, seja acompanhado da eficiência na gestão e na qualidade do atendimento e na prestação dos serviços. A simples alocação de mais recursos não garante, melhores resultados. É necessário garantir que esses recursos sejam utilizados de forma eficaz, atendendo às necessidades reais da população e melhorando os indicadores de saúde.

Foi ainda, utilizado o QL relacionado aos valores disponibilizados para a Atenção Básica (Figura 4). Ao qual, em 2012 houve uma concentração de municípios 61 municípios com $QL \geq 1$. Em 2022, esse quantitativo foi reduzido para 59 municípios. Cabe considerar que Ferrera de Lima et al. (2006) indicam que o resultado sugeriu que as localizações são consideradas significativas. Assim, o QL nos auxilia a entender que nesses municípios os recursos destinados a Atenção Básica, proporcionalmente, são maiores que os recursos destinados a Atenção Básica no estado, considerando os valores totais investidos em saúde pública.

Figura 4 – QL recursos para a Atenção Básica – anos 2012 e 2022



Fonte: elaborado a partir dos dados SIOPS (2023).

Cabe considerar que de modo geral, mais de 2/3 dos municípios brasileiros, têm menos de 20 mil habitantes e aproximadamente 90% não possui 50 mil habitantes. De modo que para ambas as situações, o quantitativo populacional, inviabiliza a implementação de hospital geral, que possibilite o atendimento de emergência e realização de cirurgias ou ambulatorios de especialidades. Para estas localidades a oferta de serviços de saúde, está associada a Atenção Básica (Rodrigues; Santos, 2011). De modo que em Mato Grosso do Sul, o IBGE (2023b), apontou que apenas os municípios de i-Campo Grande, ii- Dourados, iii- Três Lagoas, iv- Corumbá, v-Ponto Porã e vi-Naviraí, tem uma população superior a 50 mil pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou uma análise sobre a alocação de recursos para a Atenção Básica nos municípios de Mato Grosso do Sul nos anos de 2012 e 2022. Em 2012, observou-se um cenário caracterizado por desafios na distribuição de recursos, que foi melhorado em 2022. Esta melhoria pode contribuir com a promoção da saúde pública no estado. Tendo em vista, que a disponibilidade de recursos para a Atenção Básica, possibilita que haja ações em prol da prevenção de doenças, a promoção da saúde, via melhorias no acesso a serviços de saúde.

Salienta-se que a alocação de recursos na área da saúde pública é um tema que pode afetar a qualidade de vida e o bem-estar de uma população. Os recursos disponíveis para a saúde pública, podem determinar a capacidade que um sistema possui em fornecer serviços adequados, abrangentes e acessíveis. O estudo contribui, ao indicar como foram aplicados os recursos destinados a Saúde, por município, de modo a ser identificado localidades com características próximas, bem como, regiões do estado. Estas informações podem contribuir com diagnósticos realizados para o planejamento de investimentos futuros em saúde pública.

No entanto, para que as melhorias identificadas neste estudo, se traduzam em benefícios para a população, é essencial superar os desafios existentes e garantir que a saúde seja verdadeiramente um direito fundamental de todos, como preconizado na

Constituição Brasileira de 1988. A busca por um sistema de saúde inclusivo e eficaz é uma jornada contínua que requer esforços, investimentos e a realização de uma Gestão Pública qualitativa e menos burocrática.

Como sugestão para trabalhos futuros, pode ser investigada a região Centro-Oeste, considerando que a mesma tem quantitativos populacionais específicos, se comparada a outras regiões do país. Além disso, podem ser investigado o modo como vem sendo aplicado os investimentos para além da Atenção Básica, na saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.V.; COELHO, A.Q.; NETO, M.X.; CARVALHO, L.R.; ATUN, R.; CASTRO, M.C. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). **Health Policy Planning**, 33 (3):368–380, 2018a.
- ANDRADE, M.V.; COELHO, A.Q.; NETO, M.X.; DE CARVALHO, L.R.; ATUN, R.; CASTRO, M.C. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998–2012). **PLoS One**, 13(8), 2018b.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde Debate**, 42(spec 1), 2018.
- BÖING, E.; CREPALDI, M.A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, p. 634-649, 2010.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Lei n. 8080**. Dispõe sobre a regulamentação do SUS. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: set.2023.
- BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: CONASS; 2011.
- CAPUCHO, H.C.; SALOMON, F.C.R.; VIDAL, A.T.; LOULY, P.G.; SANTOS, V.C.C.; PETRAMALE, C.A. Incorporação de tecnologias em saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 215-222, 2012.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013.
- CECÍLIO L.C.O.; CHIORO-REIS A.A. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 34(8), 2018.
- CHOMATAS, E.R.; VIGO, A.; MARTY, I.K.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 8(29):294–303, 2013.

FALSARELLA, C. Reserva do possível como aquilo que é razoável se exigir do Estado. **Associação dos procuradores do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2012, p. 5. Disponível em: https://apesp.org.br/comunicados/images/tese_christiane_mina_out2012.pdf. Acesso em: jul. 2023.

FERRERA DE LIMA, J.; ALVES, L. R.; PIFFER, M.; PIACENTI, C. A. Análise regional das mesorregiões do estado do Paraná no final do século XX. **Revista Análise Econômica**, (46), p. 7-26, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, 51, 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

GIOVANELLA, L.; DE MORAES, S.M.E.; DE MENDONÇA, M.H.M. **Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos**. Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369039>. Acesso em: jul. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Malha Municipal**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html>. Acesso em out. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IPCA**. 2023a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplio.html?=&t=series-historicas>. Acesso em out. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2023b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/primeiros-resultados-populacao-e-domicilios>. Acesso em out. 2023.

KASMIN, M.A. Analysis of efficiency of Brazilian public health system –SUS in Paraná (2008 -2013). **Informe GEPEC**, 24(2), 2020.

LEITE, V.R.; LIMA, K.C.; VASCONCELOS, C.M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1849-1856, 2012.

MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R.; VIEIRA, J.E.B.; MELO, E.A.; DOS REIS, A.A.C. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2), 2016.

MARINHO, F.; PASSOS, V.M.D.A.; MALTA, D.C.; FRANÇA, E.B.; ABREU, D.M.; ARAÚJO, V.E. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, 392(10149):760–775, 2018.

- MENDES A. A Saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. **Saúde e Sociedade**, 2(suppl. 1):66-81, 2015.
- MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.
- MENDES, Á.; MELO, M.A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Caderno de Saúde Pública**, 38(2), 2022.
- MENDONÇA, M.H.M.; VASCONCELLOS, M.M.; VIANA, A.L.D. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s4-s5, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Primária?**. 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: jul. 2023.
- PAIVA, C.; JANNUZZI, P. Indicadores socioeconômicos e análise regional: fundamentos da centralidade do Quociente Locacional. **Informe GEPEC**, 26(3), 2022.
- PINTO L.F. GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 2018.
- RAKSA, V.P.; OLIVEIRA, A.G.; SILVA, C.L. Governança pública em saúde e os vazios assistenciais –territorialização para o planejamento e ações do Estado. **Informe GEPEC**, 20(2), 2016.
- RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
- SILVA, J.F.M.; CARVALHO, B.G.; DOMINGOS, C.M. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(10):3179-3188, 2018.
- SIOSP. **Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária / RREO**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php?S=1&UF=50;&Municipio=500370;&Ano=2022&Periodo=2>. Acesso em set. 2023.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**, 83(3), p. 457-502, 2005.
- SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.
- TEIXEIRA, L.M.C.; DOWEL, M.C.; BUGARIN, M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise à luz da Teoria dos Jogos. **Revista Brasileira de Economia**, 57(1):253-281, 2003.

VILLANI, R.A.G.; BEZERRA, A.F.B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde e Sociedade**, 22(2):521-529, 2013.

Recebido em 19/11/2023.

Aceito em 22/02/2024.