

## **Alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde da Escócia: uma revisão integrativa para se refletir sobre o caso brasileiro**

### **Allocation of health financial resources in the Scottish health system: an integrative review to reflect on the Brazilian case**

Renata Cristina Ferreira Rola<sup>1</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3990-2605>)

Leonardo Carnut<sup>2</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

Jonathan Filippou<sup>3</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3907-1992>)

<sup>1</sup>Farmacêutica da Universidade de São Paulo (USP). Estudante do Programa de Pós-graduação do curso Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP.

<sup>2</sup>Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGCECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

<sup>3</sup>Professor da Queen Mary University of London, Curso de Saúde Pública Global.

#### **Resumo**

Este estudo visou revisar o que a literatura científica internacional apresenta sobre o modelo de alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde escocês. O intuito foi sintetizar suas principais características discutindo-as com as possíveis semelhanças e diferenças com a alocação no Sistema Único de Saúde. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa nas fontes de dados: BVS, PubMed e Web of Science. A estratégia de busca foi construída pelos polos: alocação de recursos financeiros em saúde (fenômeno), sistema de saúde (população) e Escócia (contexto). Português, espanhol e inglês foram os limites de idioma. Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade temática. 14 artigos foram incluídos. Sintetizou-se os seguintes elementos dos artigos: os aspectos metodológicos dos artigos, a forma de alocação, as características do sistema de saúde escocês, os aspectos regionais da alocação de recursos, os achados e as conclusões dos artigos. Ainda, foi feita uma reflexão comparativa sobre os avanços percorridos na fórmula de alocar recursos financeiros em saúde na Escócia com o que ocorre no caso do Brasil. Traçando um paralelo com a realidade brasileira, as incoerências do aparato legal *versus* prática no Brasil podem se beneficiar com o exemplo escocês cuja constante opção política por se manter público, integral e universal, refletiu esses valores no aprimoramento de sua fórmula.

**Descritores:** Alocação de Recursos. Sistemas Nacionais de Saúde. Escócia.

#### **Abstract**

This study aimed to review what the international scientific literature presents on the model of allocation of financial resources to health in the Scottish health system. The aim was to summarize

its main characteristics, discussing them with possible similarities and differences with the allocation in the Unified Health System. For this, an integrative review was carried out in the data sources: VHL, PubMed and Web of Science. The search strategy was constructed by the poles: allocation of financial resources in health (phenomenon), health system (population) and Scotland (context). Portuguese, Spanish and English were the language limits. Two independent reviewers selected publications using the PRISMA protocol. Data analysis was performed in thematic mode. 14 articles were included. The following elements of the articles were synthesized: the methodological aspects of the articles, the allocation method, the characteristics of the Scottish health system, the regional aspects of resource allocation, the findings and conclusions of the articles. Also, a comparative reflection was made on the advances made in the formula for allocating financial resources to health in Scotland with what happens in the case of Brazil. Drawing a parallel with the Brazilian reality, the inconsistencies of the legal apparatus versus practice in Brazil can benefit from the Scottish example whose constant political option to remain public, integral and universal, reflected these values in the improvement of its formula.

**Keywords:** Resource allocation. National Health Systems. Scotland.

## **Introdução**

Para alocar recursos financeiros em saúde, utilizar-se de experiências mais próximas possíveis de uma realidade local não é apenas um caminho desejável, mas sim, necessário. No caso do Brasil, retomar os princípios bases do Sistema Único de Saúde (SUS) e avançar em propostas que estejam em linha com esses princípios é a forma mais adequada de enfrentar as consequências do neoliberalismo neste sistema. Para dar um passo nesse sentido, é importante ter clareza sobre a relevância de se considerar as restrições orçamentárias, as limitações políticas e outras singularidades do momento político-histórico do Brasil atual. Isto tem uma função: não se deixar levar pela mera importação de ideias desconexas com a realidade deste país. Além disso, precisa-se avaliar cautelosamente quais países de fato podem agregar uma experiência aproximada com o SUS.

Em termos desta aproximação, por exemplo, argumenta-se com frequência que o modelo do Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) é uma das inspirações da criação do SUS (1). Contudo, é ausente no debate atual as diferenças entre os ‘tipos de NHS’ dos países formadores do Reino Unido. As diferenças decorrem de um processo histórico deflagrado em 1999, quando foi descentralizada a competência decisória sobre políticas públicas no Reino Unido para os países que o integram (processo chamado de “Deviation”) (2). A partir desse ano, a Inglaterra tomou um rumo de saúde pública distinta de outros países do Reino Unido, afastando-se do modelo original preservado na Escócia (2).

Nesse sentido, podemos destacar que o sistema de saúde escocês (National Health Services – NHS Health Scotland) é um potencial exemplo para alocação de recursos, tendo em vista as suas muitas semelhanças com o SUS, principalmente do ponto de vista da sua filosofia, princípios e organização. Após os anos 2000, o NHS escocês é delegado ao Parlamento Escocês, permitindo que este fosse diferente do NHS inglês. Contudo, as bases desse sistema foram mantidas, incluindo a sua gratuidade (incluindo medicamentos prescritos na Escócia) e universalidade a residentes do Reino Unido e União Europeia (3).

Assim como no SUS, o NHS escocês se baseia nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. No sistema escocês a universalidade é trabalhada com o Marco AAAQ (*Accessible, Available, Appropriate e high Quality*), ou seja, um sistema acessível, disponível, apropriado e de alta qualidade. Além disso, baseia o seu direito à saúde pela ‘Abordagem baseada em direitos humanos’ (3), muito similar ao SUS no qual o direito à saúde é positivado como um direito social (Art. 6º.) e humano fundamental (Art. 5º., especificamente no direito à vida) (4). Isto significa que, ao garantir o direito à saúde para todos na Escócia, o sistema considera os princípios do acrônimo PAINEL (*Participation, Accountability, Non-discrimination, Empowerment e Legality*), ou seja, um direito que visa a participação, a prestação de contas, a não discriminação, o empoderamento e a legalidade (3).

Do ponto vista organizacional, semelhante ao SUS, o sistema escocês é baseado em atenção primária com um protagonismo importante da coordenação do cuidado (5). A forma de propriedade dos serviços é predominantemente pública e os vínculos empregatícios, em sua maioria, estatais (6). Mesmo com todas as iniciativas de avanço do neoliberalismo na região, o NHS escocês tem se mantido como medidas legislativas de retorno ao caráter público da saúde (7) e com uma lógica de prestação de serviços e sua alocação de recursos mais próxima do que se compreende por um Sistema Nacional de Saúde típico (8), afastando-se consideravelmente do NHS inglês em franco processo de privatização nos últimos 30 anos (9).

O conjunto dessas semelhanças ajudam a refletir o quanto o sistema de saúde escocês poderia ser um bom exemplo inspirar o SUS sobre sua forma de alocar recursos financeiros. É sabido que os métodos de alocação de recursos financeiros usados nos sistemas de saúde têm sido, em tempos de neoliberalismo, uma saída ainda que paliativa para atender a todos de maneira equânime. Contudo, os desafios da alocação em cada um destes sistemas universais são bem

diferentes, sendo necessário entender qual a sua construção histórica e o formato atual de alocação de cada um deles.

No caso da Escócia, a fórmula foi desenvolvida pelo Comitê de Alocação de Recursos do NHS Scotland (NRAC, sigla em inglês) entre 2005 e 2007, com o relatório final do NRAC sendo publicado em setembro de 2007 (10). As recomendações neste relatório foram aceitas pelo Secretário de Gabinete de Saúde e Bem-Estar em fevereiro de 2008, para implementação nas alocações de recursos de 2009/10. O Grupo Técnico Consultivo para Alocação de Recursos (TAGRA) foi criado para manter e desenvolver continuamente a fórmula e garantir que ela permaneça adequada ao propósito no futuro (3).

A fórmula NRAC substituiu a antiga fórmula Arbuthnott (introduzida em 2001/02) que por sua vez substituiu a antiga fórmula SHARE (que estava em vigor desde o final da década de 1970). No entanto, as estruturas básicas dessas fórmulas são muito semelhantes demonstrando um processo de amadurecimento e continuidade importante para este tipo de iniciativa, que demanda, por vezes, muitas décadas para ser respeitado (3).

A fórmula NRAC é usada na alocação de cerca de 70% do orçamento total do NHS entre os 14 conselhos territoriais do NHS na Escócia. Isso fornece financiamento aos Conselhos do NHS para a prestação de Serviços de Saúde Hospitalar e Comunitário (HCHS) e prescrição dos médicos generalistas. A fórmula calcula as cotas alvo (porcentagens) para cada Conselho do NHS com base em uma abordagem de capitação ponderada que começa com o número de pessoas residentes em cada área do Conselho do NHS. A fórmula então faz ajustes para o perfil de idade/sexo da população do NHS *Board*, suas necessidades adicionais com base na morbidade e circunstâncias de vida (incluindo privação) e os custos excessivos de prestação de serviços em diferentes áreas geográficas (3). As ponderações feitas no processo de captação não consideram cadastro da população.

As ações finais efetivamente alocadas aos Conselhos são diferentes das ações-alvo calculadas pela fórmula. A política da Direção de Saúde e Assistência Social do Governo Escocês (SGHSCD) é introduzir gradualmente a fórmula por meio de 'crescimento diferencial' pelo qual todos os Conselhos continuariam a desfrutar de um crescimento em termos reais em suas alocações ano a ano, com aqueles acima paridade (ou seja, acima de sua quota-alvo da fórmula) recebendo menos crescimento do que aqueles abaixo da paridade até que a nova distribuição fosse alcançada (3).

Já no caso do Brasil, não é possível desvincular a alocação de recursos no SUS com a construção do subfinanciamento (e, posteriormente, desfinanciamento) (11). Inversamente ao proposto pela Reforma Sanitária e estabelecido pela CF-88, a alocação de recursos na área da saúde foi sofrendo diversos cortes ao longo dos anos. No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), um importante movimento de redução de financiamento da saúde foi o surgimento da Desvinculação de Receitas da União (DRUs), que inicialmente retirou 20% do recurso do orçamento da seguridade social (12). Essa manobra de redução de investimento em saúde se manteve nos próximos mandatos, atingindo um percentual ainda maior, de 30%, no governo de Dilma Rousseff (2011-2016) (4).

Contudo, em 2012, houve uma conquista relevante quanto à alocação de recursos em saúde no SUS via Lei Complementar n. 141 (LC-141) (13). Ela estabeleceu: (i) o que são as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS); (ii) os critérios de alocação de recursos em saúde baseado em necessidade populacional; e (iii) o percentual mínimo de financiamento para cada ente federativo. (13) Embora a LC-141 explicita a necessidade de se estabelecer uma metodologia de alocação de recursos ano a ano, permanece a complexidade de operacionalizar tais critérios, a fim de atender os princípios básicos do SUS. Essa dificuldade de operacionalização possui diversas origens e tem relação com desafios práticos e teóricos, envolvendo inclusive confusões terminológicas (14).

A partir do golpe de 2016, assistiu-se ao retrocesso da LC-141. O governo Temer alterou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), rompendo com a Estratégia da Saúde da Família e restringindo a cobertura da atenção básica às chamadas “ações e serviços essenciais” (15). Ambos os movimentos sinalizam o descompromisso deste governo com a universalidade e integralidade do sistema, com impactos concretos em seus princípios (16). As alterações previstas na PNAB 2017 legitimaram argumentos em favor de um SUS focalista, ou seja, cuja atenção deveria voltar-se majoritariamente a grupos específicos (mais vulneráveis) (17).

Esse movimento contribuiu para endossar os argumentos e ações no sentido da privatização e expansão do mercado de saúde no Brasil. Com maiores problemas de acesso e uma instituição com políticas públicas focadas em estimular o uso do sistema por apenas parte dos mais pobres, Temer ampliou a necessidade de cobertura privada. Ainda em seu governo, foi promulgada a Emenda Constitucional n. 95 (EC-95), que congelou os gastos primários durante 20 anos, inviabilizando o aumento de despesas também no setor de saúde (18). Fez parte desse contexto,

ainda, a discussão de reformas no setor saúde, formalizado no documento Coalização Saúde que representou uma defesa do avanço da gestão privada nos serviços públicos de saúde (19).

O Governo Temer ainda favoreceu o surgimento de novos modelos de alocação com o objetivo de reforçar uma política de saúde focalizada e abrir novos espaços para o setor privado. Nessa linha, já no governo de Jair Bolsonaro (2019-...), foi instituído o Programa Previne Brasil (Portaria MS n. 2.979/2019). Esse programa altera os critérios de financiamento da APS, substituindo o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável *per capital* por um tipo de pagamento via captação de usuários cadastrados por equipes de Atenção Primária, ponderadas por critérios de vulnerabilidade, tais como o perfil demográfico e o estrato socioeconômico das regiões. Além disso, incentivos feitos às Equipes de Saúde da Família ficam vinculados ao desempenho relacionado a indicadores e metas definidas pelo Ministério da Saúde (20).

Modelos de captação como o proposto pelo Previne Brasil tem sido uma tendência no mundo, especialmente em níveis primários de atenção à saúde no contexto do neoliberalismo. Foi do modelo inglês (21) que o Secretário de Atenção Primária à Saúde do governo Bolsonaro importou as ideias que deram origem ao Programa Previne Brasil. No entanto, conforme avalia Massuda (22), há uma diferença sensível entre a forma como esse modelo foi aplicado nos dois países: na Inglaterra, a captação não é usada como métrica para transferências intergovernamentais, mas, sim, como avaliação de desempenho; ao passo que, no Brasil, a captação determina o financiamento do setor.

Além da crítica acima, acerca do falso paralelismo entre o modelo implementado no Brasil e aquele vigente na Inglaterra, cabe mencionar que a importação destas ideias depende de uma avaliação cautelosa para a sua implementação, diante das especificidades populacionais e territoriais do Brasil. Não parece razoável que tal avaliação tenha sido feita no caso do Previne Brasil. Ademais, a falta de criticidade na importação do modelo inglês – que, como dito, sequer fora copiado de maneira idêntica – esbarra ainda no equívoco de avaliação quanto à proximidade do modelo brasileiro com o inglês. Considerando que a construção teórica brasileira não foi alterada ao longo dos anos, a busca pela saúde verdadeiramente pública deveria ser o guia das tentativas de formulação de alocações de recursos no Brasil. Tendo em vista que o NHS escocês, do ponto de vista administrativo (administração pública), assemelha-se com o caráter público do SUS, parece que neste modelo é possível encontrar uma experiência mais fiel de comparação e, potencialmente, de propostas de alocação mais próximas.

Diante do exposto é que este estudo visa revisar o que a literatura científica internacional apresenta sobre o modelo de alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde escocês. O intuito é sintetizar suas principais características discutindo-as com as possíveis semelhanças e diferenças com o Sistema Único de Saúde.

## **Método**

### *Pergunta de pesquisa*

Tratou-se de uma revisão integrativa, uma forma sistematizada de busca cujo objetivo é o aprofundamento do conhecimento de um determinado tema através da sintetização e integração do conhecimento disponível (23,24). Este tipo de revisão contribui para a discussão de métodos e resultados de pesquisa através do mapeamento sobre o tema avaliado.

A pergunta de pesquisa foi: “o que a literatura científica internacional apresenta sobre o modelo de alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde escocês?”. Esta pergunta permitiu a delimitação de termos (itens-chave) e, posteriormente, derivar destes os descritores referentes a cada base de dados segundo seu vocabulário controlado.

### *Fontes de dados e estratégias de pesquisa*

A busca bibliográfica para esse projeto se deu em três bases/portais de dados. São elas: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (<http://bvsalud.org/>): O Portal Regional da BVS é o espaço de integração de fontes de informação em saúde de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (25). Os descritores desta base foram identificados via DeCS (<https://decs.bvsalud.org/>) sendo esta a base de vocabulário controlado para o conjunto de bases deste portal. A Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>): este portal de busca é a interface para o livre acesso à base de dados MEDLINE, que contém citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina. É oferecido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (26). Os descritores deste portal foram identificados através do MeSH Terms (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>). A Web of Science (<https://clarivate.com/webofsciencegroup/solutions/web-of-science/>): este é um site que fornece acesso, através de assinatura, a diversos bancos de dados que fornecem documentos de muitas disciplinas acadêmicas diferentes, incluindo a saúde (27). Este banco de dados não fornece uma

lista de vocabulário controlado, sendo o processo de derivação dos itens-chaves da pergunta feito por aproximação de termos livres.

A construção da estratégia de busca baseou-se na pergunta de pesquisa permitindo identificar os polos orientadores para busca de descritores em cada uma das bases selecionadas. É possível ver os polos e seus descritores por cada item-chave da pergunta de pesquisa no Quadro 1 a seguir.

<b>Polo</b>	<b>Item-chave</b>	<b>Base</b>	<b>Descritores</b>
Fenômeno	Alocação de recursos financeiros em saúde	BVS	Alocação de Recursos; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Equidade na Alocação de Recursos; Recursos em Saúde; Recursos Financeiros em Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Financiamento Governamental; Financiamento per capita; Organização do financiamento.
		Pubmed	Resource Allocation Health Care Rationing Health resources Healthcare Financing Financing, Government Financing, Personal Financing, Organized
		Web of Science	Resource Allocation Health Care Rationing Health resources Healthcare Financing Government Financing Personal Financing Organized Financing
População	Sistema de saúde	BVS	Sistemas Nacionais de Saúde Política Sistemas locais de saúde Serviços de Saúde Serviços Públicos de Saúde Medicina Estatal
		Pubmed	Politics Health services Public Health Systems Research State Medicine Clinical Governance Health policy



		Web of Science	Politics Health services Public Health Systems Research State Medicine Clinical Governance Health policy
Contexto	Escocês	BVS	Escócia
		Pubmed	Scotland
		Web of Science	Scotland

Quadro 1. Polo, Itens-chave, Portal/Base de dados e descritores segundo os principais elementos da pergunta de pesquisa da revisão. Janeiro, 2022.

Fonte: elaboração dos autores.

Os descritores de um mesmo polo foram combinados através dos operadores booleanos “OR”, com o intuito de abranger as recuperações de manuscritos possíveis dentro da temática de cada polo. Já para a combinação das sintaxes de cada polo diferente foi utilizado os operadores “AND”, onde busca-se combinar e refinar as buscas de todos os polos considerados. Ao fim, essa metodologia tem por objetivo construir uma sintaxe de pesquisa ampla, sistematizada e reprodutível sem perder a objetividade e sua correspondência com a pergunta de pesquisa.

Assim, no cruzamento dos polos (fenômeno, população e contexto) obteve-se as seguintes sintaxes finais por base/portal (Quadro 2):

Bases de busca	Sintaxe final	Número de estudos retornados
BVS/Bireme	(mh:("Alocacao de Recursos" OR "Alocacao de Recursos para a Atencao a Saude" OR "Equidade na Alocacao de Recursos" OR "Recursos em Saude" OR "Recursos Financeiros em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Financiamento dos Sistemas de Saude" OR "Financiamento Governamental" OR "Organizacao do financiamento")) AND (mh:("Sistemas Nacionais de Saude" OR "Descentralização" OR "Sistemas locais de saude" OR "Servicos de Saude" OR "Servicos Publicos de Saude" OR "Medicina Estatal")) AND (mh:("Escocia"))	65
PubMed	(((((Resource Allocation[MeSH Terms]) OR (Health Care Rationing[MeSH Terms])) OR (Health resources[MeSH Terms])) OR (Healthcare Financing[MeSH Terms])) OR (Financing, Government[MeSH Terms])) OR (Financing, Personal[MeSH Terms])) OR (Financing, Organized[MeSH Terms])) AND (((Health services[MeSH Terms]) OR (Politics[MeSH Terms])) OR (Public Health System Research[MeSH Terms])) OR (State	212

	Medicine[MeSH Terms])) OR (Clinical Governance[MeSH Terms])) OR (Health policy[MeSH Terms])) AND (scotland[MeSH Terms])	
Web of Science	("Resource Allocation" OR "Health Care Rationing" OR "Health resources" OR "Healthcare Financing" OR "Government Financing" OR "Personal Financing" OR "Organized Financing") AND ("Health services" OR "Politics" OR "Public Health System Research" OR "State Medicine" OR "Clinical Governance" OR "Health policy") AND ("Scotland")	61

Quadro 2. Sintaxes finais para cada portal/base de acordo com a pergunta de pesquisa da revisão. Janeiro, 2022.

Fonte: elaboração dos autores.

Ao buscar as sintaxes finais nas respectivas bases, foi possível identificar um total de 338 títulos (Data da busca: 01, de fevereiro de 2022). A busca por estudo repetidos foi realizado intra e interbases. Havia 16 estudos repetidos, que foram desconsiderados. Nesse sentido, o total de títulos analisados foi de 322. Na próxima fase, chamada de ‘fase de rastreamento’, excluiu-se as publicações que representavam outro tipo de material bibliográfico diferente do formato artigo científico (no geral, literatura cinza, sendo encontrado nessa pesquisa anais de congressos e cartas de leitores – que representou 26 publicações) e os que não tinham relação com o tema, onde 61 artigos não disponibilizavam o resumo e outros 204 foram desconsiderados após a leitura de seus títulos e resumos. Além disso, alguns textos não foram encontrados na íntegra (9 publicações) impossibilitando sua inclusão no estudo. Após leitura integral dos artigos selecionados, 8 estudos foram descartados pois identificou-se que não correspondiam à pergunta de pesquisa. Ao final desse processo, 14 artigos foram considerados e incluídos nesta revisão. A figura abaixo expõe esse fluxo de seleção de artigos em um fluxograma PRISMA unificado do projeto (Figura 1). Para essa construção, utilizou-se a ferramenta Excel 365 versão 2203.

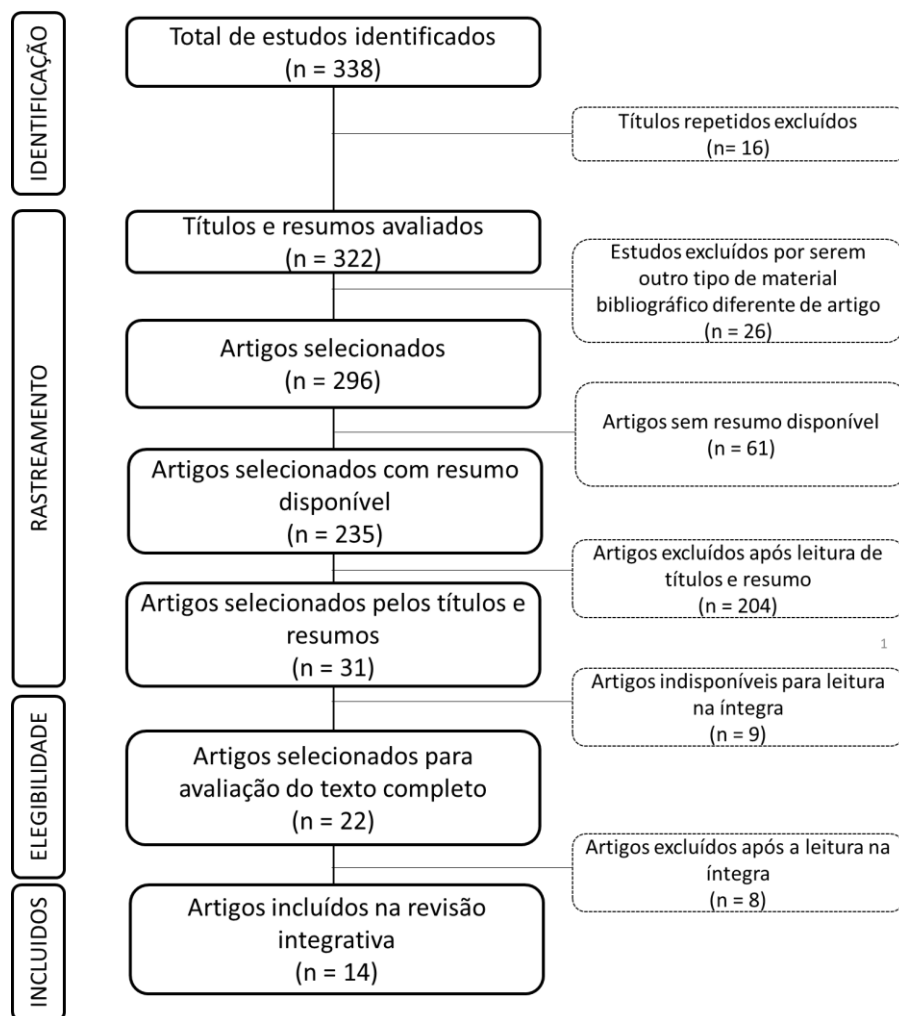


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. Janeiro, 2022

Fonte: elaboração dos autores.

### *Análise de dados*

A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores (R.C.F.R. e L.C). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão (polos).

Os dados extraídos incluem autor (ano de publicação), país da publicação, metodologia utilizada, objetivos dos artigos e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa: modelo de alocação de recursos financeiros, fórmulas de alocação de recursos e local da Escócia em que a alocação foi realizada/testada ou teorizada.

A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática. A elaboração dos temas tem a função de facilitar a integração cujos conteúdos são semelhantes. Esse método foi escolhido porque a tipologia dos manuscritos permitia uma integração mais refinada dos dados. Assim, tem-se a intenção de organizar os temas para cada elemento a seguir: metodologia (para discutir a qualidade e a força das evidências), a relação entre objetivos e resultados encontrados, os elementos específicos da pergunta de pesquisa (polos de análise).

## **Resultados**

Todos os 14 artigos incluídos na pesquisa foram lidos na íntegra e tiveram suas informações extraídas para consolidar um quadro-síntese, o qual compilou as seguintes informações: autor(es), ano, método, objetivo, e características que relacionam os artigos incluídos e a pergunta de pesquisa conforme apresentado nos quadros Quadro 3 e Quadro 4. Estes quadros permitem uma análise comparativa entre os artigos, assim como uma construção temporal (do mais antigo ao mais recente), trazendo uma visão geral dos achados com a pergunta de pesquisa.

Os achados dos artigos incluídos foram se aproximando da pergunta de pesquisa de forma gradativa, tanto na questão da alocação de recursos em si, quanto no nível em que este processo acontece. Para além da alocação de recursos na Escócia, os achados também permearam a alocação entre os países integrantes do Reino Unido como um todo (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte). Tendo em vista a metodologia utilizada neste projeto, a diversidade dos estudos encontrados não apenas era esperada, como foram bem-vindas, pois permite um panorama geral do assunto em questão.

Com a finalidade de facilitar a discussão dos achados, classificou-se os artigos incluídos em três grandes grupos. O primeiro grupo diz respeito aos artigos que tangenciam o tema, ou seja, a alocação de recursos na Escócia está presente como algo correlacionado ao objetivo dos estudos incluídos nesta categoria. Composta por 5 artigos, estes artigos incluídos não respondem à pergunta de pesquisa diretamente, porém agrega elementos interessantes que perpassam a alocação. Em termos gerais, esses artigos abordam questões relacionados à tomada de decisão dos gestores quanto à temas complementares à alocação de recurso em si. Um dos artigos (28) explora a tentativa de se utilizar um método econômico para o processo de compras do sistema de saúde, explorando uma forma alternativa do uso de recursos alocados para essa finalidade.

Outro artigo (29) aborda o uso de indicador baseado em performance como maneira de aumentar a responsabilização dos clínicos quanto ao consumo de recursos alocados. A introdução de tal conceito foi desenvolvida com o intuito de manter a avaliação local do médico quanto às necessidades de saúde da população permitindo, contudo, alocação de recursos de forma eficiente e equitativa. Nestes dois artigos, a alocação de recursos já ocorreu e o que se discute são as consequências que os recursos gerenciais (método de compras ou a avaliação de desempenho dos médicos) podem ou não complementar o refino da alocação em nível local. Além disso, alguns artigos (30,31) mencionam superficialmente o financiamento de saúde na Escócia. Esse tipo de achado era esperado, uma vez que não é incomum se deparar com esse tipo de construção imprecisa da díade ‘financiamento-alocação’ na literatura científica. Ambos os conceitos (financiamento e alocação de recursos) são termos que denotam uma mesma relação sobre o ‘trânsito de recursos’ visto por dois pontos de vista distintos, variando de acordo com a perspectiva de recebimento ou de transferência de recursos financeiros. Assim, estes artigos foram considerados por se entender que, por mais que nomeiem o processo como ‘financiamento’ (olhar de quem recebe), o texto pode ser lido pelo termo ‘alocação’ (pelo olhar de quem transfere). Por fim, o último artigo que compõe esta categoria menciona sobre o consumo de recursos de prestações de serviço para a população idosa (32), tangenciando uma abordagem à alocação de recursos para o cuidado dessa população.

Já o segundo grupo diz respeito aos artigos que respondem à pergunta de pesquisa parcialmente. Essa categoria é formada por 3 artigos, sendo estes incluídos nesta subdivisão uma vez que explicita a alocação de recursos em níveis específicos de atenção à saúde. Embora essas publicações não tragam a discussão do tema de maneira abrangente, eles compõem parte relevante da construção desta temática. O primeiro artigo dessa seção aborda a alocação de recursos no âmbito de procedimentos diagnósticos (33). Através de um estudo de caso, os autores dessa publicação avaliaram a distinção entre os procedimentos de raio-X e eletrocardiograma, uma vez que a alocação de recursos para esses serviços provém diretamente dos médicos generalistas e pelo *Home and Health Department* do governo da Escócia, respectivamente. Os resultados desse artigo centram-se na avaliação da equidade e excelência médica dos serviços diagnósticos prestados frente aos recursos alocados para estes procedimentos. Já o segundo estudo avalia criticamente a alocação de recursos destinados para atenção primária ao longo dos anos, tendo como base um documento publicado pelo governo (34), onde há a expectativa do primeiro-

ministro e seu secretário, à época, em focar esforços neste nível de atenção. Segundo os pesquisadores, os dados coletados sugerem que, no nível agregado, houve aumento de recursos alocados para atenção primária. Contudo, este aumento relativamente pequeno, provém do aumento do investimento em saúde, e não da realocação de recursos da atenção secundária à atenção primária. O terceiro e último estudo desta categoria discute, no âmbito dos serviços ambulatoriais, o papel da descentralização de alocação de recursos quanto ao aumento da liberdade de alocação das regiões, permitindo as regiões serem mais responsivas às necessidades locais de saúde (35). Em resumo, essas publicações nos permitiram discutir esses níveis de atenção com maior profundidade demonstrando o quão complexa é a alocação de recursos financeiros no sistema de saúde escocês.

Por fim, o terceiro grupo, composto por 6 artigos, relaciona-se diretamente com a pergunta desta revisão. Esta é a categoria que nos permite identificar com clareza a forma de alocação de recursos na Escócia de maneira abrangente. O primeiro estudo deste grupo discute a alocação de recursos que são providos para a construção de novos projetos (“*development funds*”). Segundo o autor, este é um dos poucos recursos financeiros que os tomadores de decisão podem alocar livremente, ou seja, não é destinado para um programa ou ação pré-determinada. Segundo resultados do estudo, este recurso é mais usado para aprimoramento de serviços já prestados ao invés da criação de novos programas, representando baixa ou nenhuma alteração dos serviços de saúde. Já o segundo artigo deste grupo traz uma visão histórica da construção da fórmula de alocação de recursos entre as 14 regiões de saúde da Escócia, destacando o processo tardio para a construção de critérios objetivos para alocação de recursos. Adicionalmente, os autores comentam sobre a relação do processo de alocação de recursos vigente em 1980 e o documento de prioridades de saúde pública divulgado pelo governo escocês (36): a busca pela promoção de mudanças nas políticas e prioridades em saúde previstas no documento cedeu, de certa forma, as pressões da política de manutenção do atual clima financeiro, significando que as prioridades nacionais só seriam alcançadas se os recursos forem devidamente redistribuídos. O terceiro artigo busca identificar de que maneira a fórmula de alocação de recursos do NHS Escocês incorpora em seus cálculos a equidade vertical (37). Usando como exemplo as regiões Glasgow e Grampian, os autores avaliam que a ponderação feita com base em sexo e idade para determinação de necessidades em saúde da população escocesa não é suficiente para superar a inequidade vertical, isto é, inequidade na alocação de recursos entre indivíduos que estão em condições diferenciadas

e apresentam necessidades em saúde distintas em uma mesma região. Nesse sentido, os autores propõem alteração na interpretação da fórmula: considerar a região de forma progressiva, ou seja, população com maior nível de necessidade em saúde e que consuma mais recursos, como base de cálculo para alocação de recursos em todas as regiões de saúde da Escócia. Ainda nesse sentido, a quarta publicação(32) faz uma sumarização e comparação quanto à fórmula de alocação de recursos em saúde em 7 países, incluindo a Escócia (38). Para a seleção dos países em questão, os autores consideraram dois critérios: países tidos como de alta renda, cujo sistema de saúde seja majoritariamente financiado pelo poder público. A análise das fórmulas foi feita com base nos seguintes tópicos específicos na perspectiva do tratamento de doenças agudas e hospitalares: (i) identificação de fatores para diferentes necessidades de saúde da população; (ii) ajuste da alocação para além de fatores relacionados a necessidade; (iii) ajuste da fórmula quanto a necessidades não atendidas. Na conclusão dos autores, existem similaridades nas formas em que os fatores compõem suas respectivas fórmulas, contudo a maneira como as variáveis são interpretadas e consideradas são distintas entre os países. Nos apontamentos sobre a Escócia, percebe-se que as variáveis demográficas consideradas são idade, sexo, critérios socioeconômicos e geográficos.

Para se avaliar a alocação de recursos especificamente na Escócia, se faz necessário entender de que forma tais recursos chegam ao país em questão. Nesse sentido, ainda dentro dos estudos que respondem diretamente à questão desta revisão, temos dois artigos que mencionam a alocação de recursos entre os países integrantes do Reino Unido. O primeiro discute sobre as críticas que a fórmula de Barnett sofre quanto à ausência da variável “necessidade” para alocação de recursos (39). Esta fórmula é utilizada para a distribuição do tesouro do Reino Unido aos países integrantes (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte), os quais fazem uso do valor repassado para a condução de suas políticas de saúde. Contudo, o autor sinaliza que uma fórmula que inclua a variável “necessidade” não necessariamente é melhor que a de Barnett, uma vez que essa abordagem ignora os problemas técnicos e políticos envolvidos no contexto de alocação de recursos entre os quatro países. Já o último artigo (32) buscou verificar efeitos da aplicação da fórmula RAWP (*Resource Allocation Working Party*) à combinação de orçamentos de saúde da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Norte Irlanda (40). Segundo o autor, a aplicação desta fórmula resultaria em uma transferência significativa de recursos da Escócia e Irlanda do Norte para Países de Gales e Inglaterra.

<b>Autor, ano</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo do artigo</b>
Hunter, 1979	Estudo de caso	Entender as variáveis de tomada de decisão para alocação de recursos e explorar os fatores que possam explicar a persistente desigualdade de alocação entre as diferentes autoridades de saúde
Maynard, Ludbrook, 1980	Revisão narrativa	Verificar efeitos da aplicação da fórmula RAWP à combinação de orçamentos de saúde da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte
Alastair. Gray, David. Hunter, 1983	Revisão narrativa	Avaliar criticamente o pensamento por trás dos documentos de prioridades escoceses e a probabilidade de que possam ser implementados com sucesso
Milne, Torsney, 1992	Estudo de caso	Avaliar o modelo de alocação tomando como oferta os serviços de diagnóstico radiológico e ECG. A estrutura de custos é usada para testar três hipóteses sobre como os dois serviços foram alocados
Twaddle, Walker, 1995	Estudo de caso	Descrever a tentativa do uso de um método econômico para o processo de compras do NHS ( <i>Programme Budgeting and Marginal Analysis – PBMA</i> )
Sims, 1995	Banco de dados	Entender como o financiamento de <i>hospices</i> foi alterado com a mudança de financiamento e avaliar se são financeiramente capazes de serem mantidos
Milller, Craig, Scott, Walker, Hanlon, 1999	Banco de dados	Avaliar três questões em relação a busca pelo aumento de alocação de recursos em atenção primária: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a base de evidências suporta as mudanças?</li> <li>▪ qual é a escala das mudanças que ocorreu?</li> <li>▪ quais são as barreiras ao desenvolvimento de um NHS liderado pela atenção primária?</li> </ul>
Urquhard, Kennie, Murdoch, Smith, Lennos, 1999	Qualitativo	Criar uma medida <i>casemix</i> com um número limitado de categorias que discriminem em termos de uso de recursos e que auxilie no desenvolvimento de um valor para contratação de prestação de cuidados de saúde
Coid, Crombie, Murray, 2000	Qualitativo	Identificar o financiamento de organizações voluntárias pelo <i>Scottish Health Boards</i> (SHB) nos anos 1997-1998
Sutton, Lock, 2000	Banco de dados	Identificar como as fórmulas de alocação consideram a equidade vertical
Jones, 2000	Qualitativo	Estabelecer se os indicadores de desempenho em uso no NHS apresentam funções diferentes de acordo com o nível de gestão a partir do qual são vistos ( <i>local versus nacional</i> )
Midwinter, 2002	Revisão narrativa	Justificar o porquê uma fórmula com critérios de necessidade em saúde não é, necessariamente, melhor que a atual (Barnett)
Milne, Torsney, 2003	Revisão narrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entender se o <i>Fundholding</i> (descentralização da alocação de recursos) aumenta (i) a liberdade de alocação das regiões de saúde e (ii) a oportunidade de ser mais responsivo às necessidades locais</li> <li>▪ Examinar o impacto das regiões de saúde com <i>fundholder</i> para o desenvolvimento de serviços ambulatoriais</li> </ul>
Penno, Gauld, Audas, 2013	Revisão narrativa	Comparação das principais características das fórmulas de alocação de recursos em 7 países, sendo eles de alta renda e com saúde majoritariamente pública (financiamento público). São eles: Nova Zelândia, Inglaterra, Escócia, Canadá, Suécia, Austrália.

Quadro 3. Síntese métodos e objetivos dos artigos incluídos na revisão sobre alocação de recursos de saúde na Escócia. Maio, 2022

Fonte: elaboração dos autores.



Autor, ano	Forma da alocação de recurso	Características do sistema de saúde	Aspectos regionais de alocação	Achados/ Conclusões
Hunter, 1979	Tomada de decisão	Geral	Regiões específicas (sem menção ao nome das regiões)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Focado nos <i>Development Funds</i> (DFs), que é o recurso financeiro repassado às regiões de saúde destinado para o suporte novos projetos.</li> <li>▪ Esse repasse é o único que apresenta certa flexibilidade de alocação por parte do tomador de decisão local, existem contradições entre diferentes órgãos de saúde quanto o melhor destino desse recurso: aprimoramento dos serviços já prestados vs. redirecionamento da região de saúde através da busca de novos serviços</li> <li>▪ Segundo o estudo, as DFs são mais usadas para aprimoramento de serviços já prestados (mais do mesmo)</li> <li>▪ O processo de decisão de alocação das DFs é complexo, envolvem diversas pessoas, as quais apresentam visão de necessidades de saúde distintas.</li> <li>▪ A alocação das DFs é desarticulada, uma vez que os tomadores de decisão tendem a seguir sua experiência, e não um plano de ação.</li> <li>▪ O amadurecimento da alocação de recursos de DFs se dará quando as regiões de saúde buscarem o consenso entre participantes da decisão.</li> </ul>
Maynard, Ludbrook, 1980	Fórmula (alocação entre países do Reino Unido)	Escócia vs Reino Unido	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Há diversas fórmulas de distribuição de recursos entre os integrantes do Reino Unido: RAWP (<i>Resource Allocation Working Party</i>) e <i>Scottish health authorities revenue equalization (SHARE)</i>.</li> <li>▪ Objetivo: igualdade de acesso aos cuidados de saúde para aqueles em igual necessidade, através da alocação de orçamentos proporcionalmente à população ponderadas por taxas de utilização nacionais e taxas de mortalidade padronizadas</li> <li>▪ A aplicação da RAWP resultaria em uma transferência significativa de recursos da Escócia e Irlanda do Norte para Países de Gales e Inglaterra</li> <li>▪ O uso de uma única fórmula para fazer alocações entre os quatro parece lógico e talvez 'equitativo'</li> <li>▪ Os níveis de alocação mais altos de recursos para a Escócia requerem uma explicação cuidadosa</li> <li>▪ O movimento de mais recursos para a Inglaterra e o País de Gales pode permitir um processo menos doloroso e de mais rápido cumprimento das alocações alvo de RAWP</li> </ul>

Alastair, Gray and David J. Hunter, 1983	Fórmula	Geral	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No passado, o padrão de alocação de recursos era implícito.</li> <li>▪ O incrementalismo desarticulado que tem sido a característica dominante da alocação de recursos no NHS para a maior parte do período de 1948 em diante, resulta no prolongamento e acentuação de padrões pré-existent de distribuição de recursos.</li> <li>▪ Houve um desenvolvimento tardio de critérios explícitos nos mecanismos de alocação de recursos</li> <li>▪ Implementação das Autoridades de Scottish health authorities <i>revenue equalization</i> (SHARE) - 1977: marco em que o critério implícito de utilizar padrão geográfico de estabelecimentos de saúde foi rejeitado e, em seu lugar, passou a ter um explícito critério baseado em uma fórmula destinada a medir os cuidados de saúde relativos as necessidades da população</li> <li>▪ Despesas com serviços de saúde nos sistemas de informação: Até recentemente, estes eram amplamente voltados para necessidades de auditores e contadores - uma situação bem descrita pela observação de que foi possível descobrir até o último centavo quanto foi gasto em compras, mas não tem ideia de quanto foi gasto em serviços de atenção à saúde mental. Somente na segunda metade da década de 1970 que começou a tentar relacionar as despesas com as rubricas dos programas.</li> <li>▪ <i>Scottish Health Authorities Priorities for the Eighties Health Department</i> (SHHD) - 1980: busca pela promoção de mudanças nas políticas e prioridades em saúde. Porém, esse movimento cedeu, de certa forma, as pressões da política de manutenção do atual clima financeiro, significando que as prioridades nacionais só serão alcançadas se os recursos forem devidamente redistribuídos</li> </ul>
Milne, Torsney, 1992	Comparações	Políticas de saúde específicas	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existem duas formas de alocação de recursos: decisão ADM (<i>Home and Health department</i> aloca recursos para cada um dos 15 <i>boarders</i>) ou alocação de recurso entre pacientes pelo médico</li> <li>▪ Os recursos são alocados no NHS, em grande parte, sem considerar informações de preços</li> </ul>
Twaddle, Walker, 1995	Tomada de decisão	Políticas de saúde específicas	Região específica (Greater Glasgow)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A compra com base no conhecimento (<i>knowledge based</i>) considera uma avaliação epidemiológica local e monitora a efetividade dos serviços prestados</li> <li>▪ Tomada de decisão por conhecimento é falha e não considera, de fato, as necessidades em saúde</li> <li>▪ PBMA é uma alternativa: ela oferece uma maneira de realocar os recursos atuais para melhor atender os objetivos dos serviços, envolvendo as partes interessadas no assunto.</li> <li>▪ As compras devem ser feitas com base em dados reais locais</li> </ul>
Sims, 1995	Tomada de decisão	Políticas de saúde específicas	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Hospices</i> e outros prestadores de cuidados paliativos mudaram sua relação com o conselho local de saúde e também com os GPs.</li> <li>▪ A preocupação dos <i>hospices</i> é conseguir manter ou aumentar o seu financiamento</li> <li>▪ A análise financeira indicou aumento global de financiamento à essas instituições. Em 1991, foi acordado que 50 por cento dos custos de funcionamento acordados seriam cobertos por fundos públicos. Os valores foram estabilizados novamente em 1992 e 1993. Por fim, outros ajustes foram feitos em 1994, à medida que o regime de contratação se tornou mais formal.</li> </ul>

Miller, Craig, Walker, Hanlon, 1999	Tomada de decisão	Políticas de saúde específicas	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo documentos oficiais existe um movimento de centrar o NHS na atenção primária</li> <li>É esperado que essa construção resulte em impactos na estrutura futura do NHS, como no papel dos profissionais de cuidado primário e aumento de serviços e procedimentos nesse nível de atenção</li> <li>A ambiguidade das definições e a ausência de bons dados causam dificuldades metodológicas na avaliação da escala e de sua adequação</li> <li>Os dados disponíveis sugerem que, no nível agregado, houve aumento de alocação de recursos para atenção primária</li> <li>Este aumento, relativamente pequeno, provém do aumento do investimento feito do que um repasse da atenção secundária</li> <li>Atitudes dos Clínicos Gerais (GPs) em relação à política sugerem que o progresso em direção a uma atenção primária</li> </ul>
Urquhard, Kennie, Murdoch, Smith, Lennox, 1999	Fórmula	Escócia vs Reino Unido	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>A medida de grupos de utilização de recursos de serviços de saúde escoceses (Scottish Health Resources Utilization Groups - SHRUG) foi desenvolvida usando 606 casos, e 67% de consistência foi alcançada para as cinco categorias.</li> <li>O SHRUG é um instrumento de medida útil para avaliar as necessidades de recursos de idosos em cuidados de longa duração.</li> </ul>
Coid, Crombie, Murray, 2000	Fórmula	Geral	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos as 15 regiões de saúde responderam à pesquisa.</li> <li>Ao todo, 278 organizações voluntárias de saúde recebem doação do <i>health boarder</i></li> <li>Gastos com essas organizações foi de 1839 - 30.308 libras.</li> <li>Nacionalmente, o valor total foi de 3.551.518 libras (69 <i>per capita</i>)</li> <li>Não há relação entre o tamanho do <i>health boarder</i> e a quantidade de doação</li> <li>As ações dessas instituições são mais focadas em cuidado ao idoso, saúde mental e dependentes de álcool</li> </ul>
Sutton, Lock, 2000	Fórmula	Geral	Regiões específicas (Glasgow e Grampian)	<ul style="list-style-type: none"> <li>A fórmula atual da Escócia pondera necessidades em saúde de grupos distintos com base em idade e sexo</li> <li>Essa ponderação gera um valor <i>per capita</i>, em nível nacional, que é repassado às regiões de saúde de acordo com o tamanho da população com essas necessidades mensuradas</li> <li>O autor aponta que esse tipo de alocação de recurso não considera a equidade vertical em cada região de saúde</li> </ul>
Jones, 2000	Tomada de decisão	Geral	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maior problema com o uso sistema de indicadores de desempenho ele que se preocupa principalmente com processos, em oposição aos resultados clínicos</li> <li>Como os médicos veem os indicadores de desempenho como instrumentos para avaliar o padrão de processo pelo qual são diretamente responsáveis, eles tendem a se tornar defensivos quando questionados sobre os resultados de desempenho</li> <li>Indicadores não deveriam ser considerados como medida definitiva de desempenho, mas sim como um veículo para a implementação de um regime de gestão eficiente</li> <li>Além da falta de medidas eficazes do resultado clínico, a necessidade de um indicador de desempenho universal foi outra questão levantada</li> <li>O NHS busca desenvolver uma série de amplos indicadores como uma forma de medição comum para todas as regiões, garantindo eficiência e equidade.</li> </ul>

Midwinter, 2002	Fórmula (alocação entre países do Reino Unido)	Escócia vs Reino Unido	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fórmula de Barnett é utilizada para a distribuição do tesouro do Reino Unido aos países integrantes, os quais fazem uso do recurso para a condução de suas políticas</li> <li>▪ <i>Treasury findings</i> é utilizada como argumento para dizer que a Escócia é super financiada</li> <li>▪ Autores contrários à aplicação dessa fórmula sinalizam que a variável ‘necessidade’ não é considerada para a divisão entre países</li> <li>▪ Rebate-se a crítica, sinalizando que a inclusão de uma fórmula que traga a variável ‘necessidade’ não necessariamente é melhor que a de Barnett, uma vez que essa abordagem ignora os problemas técnicos e políticos envolvidos no contexto de alocação de recursos entre os quatro países</li> </ul>
Milne, Torsney, 2003	Fórmula	Políticas de saúde específicas	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento da liberdade da alocação de recurso</li> <li>▪ Maior proximidade com as necessidades de saúde em nível local, ainda mais próximo que cada <i>boarder</i></li> <li>▪ Com o tempo passou-se a dizer que havia dois níveis de serviço para os pacientes</li> <li>▪ Uma vez que o NHS está comprometido com o atendimento universal baseado em necessidade de saúde (e não com a habilidade de pagar), essa distinção não foi bem-vista</li> </ul>
Penno, Gauld, Audas, 2013	Fórmula	Geral	Escócia como um todo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe similaridade na forma em que os fatores compõem a fórmula, contudo a maneira como as variáveis são interpretadas e consideradas na fórmula são distintas entre os países</li> <li>▪ Apesar da similaridade entre os sistemas, há diferenças na composição da fórmula.</li> <li>▪ O desenvolvimento das fórmulas é um processo dinâmico, que dependem das necessidades de saúde, as influências dos objetivos sócio-políticos e os determinantes do sistema de saúde</li> <li>▪ Similaridades entre os países: todos os países apresentam uma população idosa considerável; maior concentração em áreas urbanas</li> <li>▪ Diferenças entre os países: densidade populacional; homogeneidade étnica; desigualdade de renda</li> <li>▪ Todos os países têm, em sua fórmula base, três principais apontamentos: (i) a demanda, que pode ser traduzida por necessidade; (ii) buscam compensar os planos de saúde por custos relacionados a demandas fora do escopo de medida de necessidade em saúde; (iii) incorporam a variável na necessidade não atendida</li> <li>▪ Utilização de sexo e idade para fazer medidas específicas de gastos anuais <i>per capita</i> para cada população</li> </ul>

Quadro 4. Síntese sobre a forma de alocação de recurso, características do sistema de saúde, região ao qual o artigo aborda e achados e conclusões de cada artigo incluído. Maio, 2022.

Fonte: elaboração dos autores.

## Discussão

Com o intuito de integrar o conteúdo dos artigos incluídos nesta revisão sistemática e facilitar a análise das informações extraídas, os artigos foram consolidados de acordo com a seguinte organização temática: (i) metodologias utilizadas; (ii) forma de alocação; (iii) características do sistema de saúde escocês que foi analisado; (iv) aspectos regionais da alocação; (v) achados dos estudos revisados; e (vi) conclusões dos estudos revisados.

### *Aspectos metodológicos dos artigos*

Neste tema os artigos foram agrupados de acordo com a sua construção metodológica. Dos artigos incluídos, 4 metodologias distintas foram identificadas. Um primeiro subgrupo de estudos usou a ‘*revisão narrativa*’ totalizando 5 estudos (35,38–41). Esses artigos remontam historicamente o processo de alocação de recursos, tanto na Escócia, quanto entre países do Reino Unido. Além disso, é possível identificar a avaliação de alguns autores quanto a este processo nestas narrativas. É importante atentar que as revisões narrativas enquanto metodologia é um método simples que visa atingir públicos mais amplos. Contudo, vale ressaltar, que revisões narrativas são portadoras de uma limitação relevante: a ausência de uma metodologia replicável, apresentando um alto potencial de viés quanto à seleção dos estudos incluídos nas argumentações realizadas (42).

Os outros nove artigos se distribuem igualmente entre três metodologias distintas. Nesse caso tem-se um segundo subgrupo de estudos compostos por artigos que usam o ‘*estudo de caso*’. Três artigos usam o estudo de caso: dois destes analisam uma região da Escócia especificamente e um avaliando um tipo específico de serviço de saúde. Em todos os três estudos, uma abordagem qualitativa é realizada, apresentando uma importante limitação, tendo em vista a ausência da perspectiva quantitativa que possibilitaria a triangulação dos achados (43) limitando o poder explicativo dos casos estudados. Além disso, esses artigos podem ser classificados como estudo de caso instrumental (44), à medida em que se busca atingir uma conclusão para além dos casos avaliados. Contudo, reforçamos a fragilidade desse tipo de estudo, que está restrito as condicionalidades dos casos avaliados, podendo não refletir a alocação de recursos na Escócia como um todo.

Um terceiro subgrupo é composto por outros três artigos que usaram ‘*pesquisa qualitativa*’ como metodologia, através de aplicação de um questionário. A principal característica destes

artigos é a busca pela avaliação do processo de alocação de recursos em saúde. A metodologia qualitativa permitiu uma avaliação mais ampla do processo, quando comparado com a coleta quantitativa (45).

Por fim, ainda quanto às metodologias usadas, o quarto subgrupo é composto por três artigos que utilizaram *‘coleta em bancos de dados’*. Eles utilizaram banco de dados específicos da Escócia e Reino Unido para avaliar de que forma as fórmulas de alocação de recursos funcionam na prática, considerando potenciais alterações de alocação ao longo do tempo e, também, de que maneira essas fórmulas incluem importantes conceitos como a equidade. Os estudos com dados de mundo real auxiliam, de forma pragmática, a determinar as características do processo de alocação de recursos. Essas informações são essenciais não apenas para identificação do processo, mas também para verificar potenciais pontos de melhoria, sendo certamente, esses artigos revisados os que mais trazem informações práticas sobre o processo alocativo.

#### *Forma de alocação*

Nesse tema, buscamos avaliar se os artigos incluídos fazem menção direta a uma fórmula de alocação específica ou não. Nesse sentido, é possível subdividir os 14 artigos incluídos em três diferentes subtemas, sendo o primeiro deles àquele que faz menção direta à *‘diferentes fórmulas’* de alocação, seja para distribuição de recursos entre as regiões da Escócia, seja para esta distribuição entre os países do Reino Unido. Neste primeiro subgrupo, inclui-se oito artigos (30,32,35,37–41). Estes estudos citam algumas fórmulas de alocação específicas levando os autores, muitas vezes, a fazerem uma avaliação crítica acerca das implicações do método utilizado. Nestas análises dos autores é comum perceber a presença de termos como *‘equidade’* e *‘necessidade em saúde’*. No que tange a alocação de recursos entre os países do Reino Unido, cabe resgatar que antes de se existir uma fórmula, as alocações de recursos não seguiam uma lógica clara e transparente. Houve diversas tentativas de corrigir as desigualdades de alocação de recursos ao longo do Reino Unido, contudo a primeira a ser efetivamente implementada foi a validada pelo *“Resource Allocation Working Party”* (RAWP) que identificou a taxa de mortalidade por região como um indicador regional de necessidades em saúde (40) e, portanto, passou a integrar esta fórmula. Quando se analisa comparativamente com o Brasil, um questionamento pode ser levantado: quando é que o Brasil usou uma fórmula para alocar recurso de forma equânime? Até os dias atuais, em nenhum momento da existência do SUS (12,14,46,47). Ou seja, nunca foi

implantada uma fórmula e, nem sequer, sob quaisquer mecanismos que direcionem para a equidade, mesmo sabendo que propostas cientificamente construídas já foram apresentadas (48,49). Por mais que exista uma lei que preconize critérios para uma possível fórmula de alocação (LC-141) (13) e que, em algum momento a equidade tenha sido figurada em um texto normativo (Art. 13, inc. I., Decreto n. 7.508/2011) (50) estes conteúdos não se conversam e, ainda, não “saíram do papel” demonstrando a resistência em se avançar no assunto, secundarizando-o. Enquanto isso não se torna prioridade política – como no exemplo dado pelo sistema escocês demonstrando um amadurecimento gradual – no Brasil, vai-se reproduzindo sistemática e deliberadamente as inequidades na alocação ao longo da história do SUS. Ao retornar a analisar a Escócia, é essencial lembrar que a fórmula atualmente utilizada para a redistribuição do Tesouro do Reino Unido para os países integrantes (Inglaterra, Escócia, Países de Gales e Irlanda do Norte) é a de Barnett (39). Para áreas de financiamento de serviços públicos independentes da Inglaterra, como por exemplo educação e saúde, a fórmula em questão considera um valor base, incrementado pelo valor adicional que a Inglaterra despense em seus programas. Esse valor adicional é proporcional às populações de cada um dos países. Comparativamente, ao pensar o Brasil e seus estados como se fossem “micropaíses” semelhante ao caso escocês, nenhuma fórmula de alocar recursos com critérios definidos para os estados é pauta na arena política, o que, caso ocorresse, robusteceria aquilo que poderia ser a tentativa de construir um “sistema de alocação” de recursos. Mesmo reconhecendo que no federalismo brasileiro há as transferências intergovernamentais/interfederativas como forma de destinar recursos aos estes subnacionais (51) este é um recurso de uso discricionário o que se afasta da ideia de alocação de recursos para um setor/política específica.

Já na alocação de recursos entre as regiões da Escócia, também houve progressos para o amadurecimento da fórmula utilizada. Antes da implementação de uma fórmula com fatores explícitos, a distribuição dos recursos para o NHS na Escócia baseava-se na distribuição das instalações do NHS ao longo do país. Em 1978/1979, o país desenvolveu uma primeira fórmula de alocação: Scottish Health Authorities Revenue Equalisation (SHARE).(41) Com essa fórmula, de captação ponderada, há o ajuste da alocação com base no tamanho da população em cada ‘NHS Border’ (área territorial similar às Regiões de Saúde no SUS). A fórmula SHARE contava com quatro principais medidas: (i) tamanho total da população de cada região; (ii) separação da população em sexo e idade; (iii) potenciais necessidades em saúde relaciona a sexo e idade; e (iv)

custos relacionados ao atendimento de populações remotas. Já em 1999, instaura-se a fórmula Arbuthnott (30,32,35,37). Esta fórmula manteve os critérios de alocação previstos pelo SHARE, complementando-a com alocação quanto à recursos necessários para prescrição dos clínicos gerais e atenção primária. Por fim, em 2005 foi instaurado o ‘NHSScotland Resource Allocation Committee’ (NRAC) (38), que buscou apenas refinar a fórmula Arbuthnott. A fórmula do NRAC usa a mesma capitação ponderada que a fórmula de Arbuthnott, agregando alguns ajustes, como por exemplo, a utilização de evidências mais robustas para a identificação de custos relacionados à serviços hospitalares. Assim, mesmo sob o avanço das fórmulas e durante momentos político-econômicos distintos, a opção perseguida pelo sistema escocês foi garantir a melhoria da fórmula refinando a equidade. No caso do Brasil, pode-se dizer que a história da alocação é, no mínimo, contraditória baseada em avanços legais e retrocessos reais. Ao se tomar apenas o dispositivos normativos-legais tem-se a Lei 8.080/90 (Art. 35) (52), a NOB 93 (Seção 3) (53), a NOB 96 (Seção 7, inc. e: papel do gestor federal em criar uma fórmula, além das Seções 10, 11 15, 16) (54), a criação dos PAB-fixo (54) e incentivos PAB-Variável (componente *per capita* para atenção básica), a Portaria n. 204/2007 (55) (seis blocos de “financiamento” – Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Investimentos), a Lei n. 141/2012 (Art. 17) (13), Portaria n. 3992/2017 (56) (agregação dos seis bloco em dois blocos de “financiamento” – Custeio e Investimento) e mais recentemente, a Portaria n. 2979/2019 (Programa Previner Brasil) (20) que altera significativamente a alocação extinguindo o *per capita* para atenção básica. Assim, desde 1990 a alocação de recursos no Brasil já era tema legislado, contudo, nunca se praticou formas alocativas que fossem além da transferência de recursos por série histórica de produção (média e alta complexidades) ou pelo critério *per capita* (atenção básica).

O segundo subgrupo é composto pelos estudos cuja forma de alocação não está focada na fórmula, mas sim na ‘tomada de decisão’. Os cinco artigos incluídos neste grupo (28,29,31,57,58) não fazem menção à uma fórmula de alocação de recursos diretamente, mas traz informações práticas do rateio dos recursos em saúde. Este grupo faz menção à tomada de decisão quanto à alocação de recursos em nível local. Recursos como, por exemplo, os ‘*development funds* (DFs)’, passam por uma avaliação subjetiva de cada gestor local, que poderá optar por investir estes recursos no desenvolvimento de novos projetos em saúde ou no aprimoramento dos serviços já prestados (57). Nesse sentido, é presente em um artigo incluído a discussão sobre o uso de



indicadores de desempenho, o qual é, na perspectiva do gestor, uma expressão da preocupação com o processo e não com os resultados clínicos (29). Neste ponto, ao pensar a tomada de decisão no Brasil sobre o tema é possível afirmar que o gestor dos entes subnacionais, por possuir autonomia administrativa (comando único) pode decidir sobre criar métodos de alocação próprios, mas não tem nenhuma capacidade decisória sobre o que o nível federal irá alocar para si. No primeiro caso, as experiências locais de formas próprias de alocar praticamente inexistem – mesmo reconhecendo que fórmulas locais, que estejam mais próximas de capturar à diversidade de necessidades de saúde em um sistema tão grande, seria uma proposta razoável. Já no segundo caso, o que já vem alocado no nível federal ao nível local, cabe ao gestor local executar o recurso tão somente, sendo possível no máximo, geri-lo de maneira “ótima”.

Por fim, o último artigo (33) incluído foi enquadrado em um terceiro subgrupo, aqui chamado de estudos de ‘*comparação*’. Esse artigo avalia a alocação de recursos para procedimento diagnósticos em nível local vs nacional. No caso do Brasil, ainda não há a possibilidade de tal nível de comparação conforme anteriormente explicitado.

#### *Características do sistema de saúde escocês: níveis e especificidades da alocação*

Essa temática integrou os estudos em relação às características do sistema de saúde avaliado em cada estudo incluído. Essa classificação é de extrema importância, uma vez que nos permite identificar a forma de alocação de recursos nos diferentes níveis de atenção. Para atingir essa finalidade, três subtemas foram identificados dando origem a três subgrupos por semelhança. O primeiro subgrupo é composto por estudos cuja análise da alocação é no sistema de saúde ‘*em geral*’. Este subgrupo é composto por 6 artigos (29,30,37,38,41,57) e dizem respeito à alocação de recursos no sistema de saúde escocês como um todo, ou seja, sem considerar uma política de saúde específica. Por exemplo, a atual fórmula de alocação, chamada “*Scottish Resource Allocation formula*” aloca cerca de 70% dos recursos direcionados à saúde na Escócia entre as regiões de saúde (“NHS Borders”). Os outros 30% são direcionados a políticas específicas, contanto com o outra forma de alocar. No Brasil, o governo federal vem desde 1990 se comprometendo menos com o montante de recursos alocados em saúde para os entes subnacionais. Dados demonstram que o dispêndio financeiro Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde foi de 1,7% do PIB durante todo o período de 1995 a 2019 (59). Um paralelo importante de ser feito, com o intuito de trazer magnitude ao dado apresentado, é o comprometimento do governo federal com os juros da

dívida pública: cerca de 6,6% do PIB é direcionado à esta finalidade. Adicionalmente, vale-se lembrar que o repasse do Orçamento da Seguridade Social (OSS) não atinge os 30% esperado (60): dados recentes apontam que, em 2019, apenas 16,5% da OSS foi destinado à saúde (61).

Já o segundo subgrupo (28,31,33,35,58), faz menção à alocação para ‘*políticas específicas*’, como por exemplo atenção primária e serviços diagnósticos. O sistema escocês conta com políticas de saúde específicas subsetoriais, que tentam resolver problemas direcionando recursos específicos. Um exemplo deste caso é a alocação de recursos para atenção primária. Segundo artigo da revisão, a Escócia faz um movimento de aumentar sua alocação de recursos para este nível de atenção em saúde. Nesse sentido, a Escócia tem escolhido aumentar o investimento em saúde ao invés de redirecionar recursos de outros níveis de atenção (58). Conforme já explicitado anteriormente no Brasil a situação é bem distinta. Ao contrário do que se poderia supor, o avanço legal não foi o suficiente para lograr incorporações no refino da forma de alocar, cuja fórmula, de fato, nunca foi delineada, especialmente quando se trata de políticas específicas – como no caso da atenção básica. A persistência em uma forma de alocar rudimentar, ou em termos científicos, ainda inicial, abriu espaço para que em momento político oportuno, justificado pela crise de 2007-2008, a agenda de retrocessos econômicos pudesse ser usada como motivo para mudanças substantivas na atenção básica como no caso do novo modelo de alocação implantado pelo Previde Brasil. Este último, em estudos preliminares recentes, ao invés de alocar, retira recursos deste nível de atenção quando estudado em diferentes cenários (62).

Por fim, o último subgrupo conta com três estudos, que avaliam (32,39,40) a alocação de recursos para entre ‘*Escócia e demais países do Reino Unido*’. Neste subtema, vale destacar a distinção do sistema de saúde escocês com outros NHS no Reino Unido. Após o processo político intitulado “*deviation*”, o qual conferiu aos países integrantes do Reino Unido liberdade de gestão de políticas públicas, é perceptível que Escócia e Inglaterra tomaram rumos diferentes: enquanto a Inglaterra cedeu à pressões do neoliberalismo, a Escócia manteve-se majoritariamente com um setor de saúde público, aos moldes do sistema que inspirou a construção do SUS.

#### *Aspectos regionais da alocação de recursos*

Com a finalidade de avaliar se há diferenças de alocação de recursos relacionadas a diferentes locais, os aspectos regionais foram um dos temas a serem avaliados. Nesse sentido, 3 artigos (32,39,40) estão relacionados ao subgrupo dos estudos cuja alocação de recursos é ‘*entre*

*os países do Reino Unido*'. Esses estudos buscam avaliar de que forma a alocação de recursos ocorre entre os países pertencentes ao Reino Unido.

O segundo subgrupo é daqueles artigos que abordam o tema da alocação '*em todo o território escocês*'. Composto por 8 artigos (29–31,33,35,38,41,58), esse grupo avaliar a alocação sem distinção de região de saúde da Escócia.

Por fim, os outros 3 artigos (28,37,57) utilizaram '*regiões específicas*' para avaliar o formato da alocação de recurso. Os autores, após uma avaliação dessas regiões, buscaram concluir a respeito da Escócia como um todo, através de uma simples inferência do que foi identificado nas regiões estudadas.

Estes estudos mais uma vez demonstram que um Sistema de Alocação deve ser pensado para acomodar os recursos alocados às demandas também pela sua diferença regional. Ao pensar no Brasil, a diferença de escala com o sistema escocês (NHSScotland com 14 Borders e o SUS com 438 Regiões de Saúde) exigiria que o critério regional/geográfico deva ser um item fundamental para ser contemplado na proposta de fórmula que for adotada. Contudo, nada impede que em certas condições políticas, o mero critério geográfico não seja o suficiente para garantir uma alocação guiada pelas necessidades de maneira equânime, já que considerar essas diferenças regionais não soluciona o problema por completo, mas, como visto no caso escocês ajuda a ressaltar as diferenças.

#### *Achados dos estudos incluídos*

Com a finalidade de categorizar os achados dos artigos incluídos, dois subtemas foram considerados: (i) Construção histórica da forma de alocação e (ii) Racional da forma de alocação. O artigo incluído no primeiro subgrupo traz, de maneira cronológica, o amadurecimento da forma de alocação de recursos na Escócia (41). Segundo os autores, no passado, os critérios de alocação de recursos eram implícitos. Porém, por volta de 1977, com a implementação das Autoridades de Saúde Escocesas Revenue Equalization (SHARE), o critério implícito de utilizar padrão geográfico de estabelecimentos de saúde foi rejeitado e, em seu lugar, passou a ter um explícito critério baseado em uma fórmula destinada a medir os cuidados de saúde relativos as necessidades da população. Além disso, nesta mesma década, os registros com despesas de saúde deixaram de ser uma ferramenta meramente utilizada por auditores e contadores, e passaram a correlacionar os gastos em saúde com as rubricas dos programas implementados. É interessante perceber que,

mesmo com registros históricos de rejeições sobre os critérios de alocação de recursos como no caso do padrão geográfico por exemplo, houve na Escócia essa preocupação com uma fórmula (ainda que usasse critérios de ‘cuidados de saúde’ e ‘gastos em saúde’). No Brasil essa mensuração, como supracitado, nunca foi implementado apesar de constantemente legislado. Fica a dúvida se mesmo sob teste dos critérios, a história da alocação na Escócia parece advertir ao caso brasileiro que mais vale a tentativa de critérios ainda mal definidos no exercício alocativo de uma fórmula do que critérios implícitos ou nenhuma fórmula utilizada.

O segundo subgrupo conta com a maioria dos artigos (28,29,40,57,58,30–33,35,37–39), trazendo o racional da forma de alocação. No que tange a alocação de recursos entre países do Reino Unido, os artigos (32,39,40) mencionam diversas fórmulas, incluindo Resource Allocation Working Party (RAWP) e Saúde Escocesas Revenue Equalization (SHARE), além da fórmula de Barnett. Segundo os autores, o objetivo de todas as fórmulas é atingir a igualdade de acesso aos cuidados àqueles com igual necessidade. Nestes artigos, outra questão em comum é levantada: o repasse de recursos à Escócia é tido, por autores ingleses, como elevado. Ou seja, há uma queixa constante dos repasses à Escócia, tendo em vista que, segundo apontamentos, é maior que o valor repassado ao País de Gales e Irlanda do Norte. Para sustentar essa crítica, é mencionado a ausência, por exemplo, da variável “necessidade” na fórmula em questão. Este caso, por exemplo ajuda a reforçar no Brasil o papel da discussão da mensuração ou, ainda, a criação de índices que capturem as necessidades em saúde de maneira plural – com todas as informações regularmente coletadas para isso – como uma lição importante a ser incorporada em uma fórmula que deseje deter precisão alocativa.

Ainda dentro do segundo subgrupo, há artigos que trazem o racional de alocação de recursos em saúde dentro da Escócia (28–31,33,35,37,38,57,58). De maneira geral, a Escócia é dividida, atualmente, em 14 regiões (“NHS Borders”). A alocação entre estas regiões depende de alguns fatores considerados pela fórmula de alocação vigente, que calcula percentuais de alocação através da captação ponderada por: número de pessoas da região, idade, sexo, necessidades adicionais e dificuldades regionais de acesso aos serviços de saúde. Essa ponderação é feita para cada programa que compõe o “Hospital and Community Health Services” e, a somatória das alocações entre estes programas é relacionado à 70% do valor total alocado em cada região. O percentual faltante é alocado em outras políticas de saúde específicas, como por exemplo, a atenção primária.

É essencial dizer que, ao comparar a captação descrita na fórmula escocesa com a atual “capitação ponderada” do modelo brasileiro para APS, essas captações diferem em seu sentido original. A rigor a capitação é um termo econômico se baseia na ideia de que o custo de uma operação é conhecido e para economizar recursos é necessário condicionar o comportamento racionalizado desejado de um agente (63). Em termos de ideia, a essência é a mesma entre as duas, o que as difere é a gênese de onde a capitação emerge. No modelo escocês ela acontece conforme preconizado nos manuais mais neoclássicos sobre o tema, ou seja, em um regime de pré-pagamento – em termos diretos: o recurso vem antes (ou em termos jurídicos: *ex-ante*) e a capitação da clientela vem depois. No caso do novo modelo de alocação da APS no Brasil, a alocação do recurso ocorre em um regime de pós-pagamento, em termos diretos: o recurso vem depois (ou em termos jurídicos: *ex-post*) à capitação da clientela. Isto força a busca pelos pacientes e não apenas pelo direcionamento do cuidado (como no modelo escocês) promovendo uma busca por pessoas que a rigor tendem a usar mais o serviço do que outras consideradas saudáveis minorando o olhar para todos os residentes em um território. Em que pese que a essência da ideia é a mesma, os resultados da capitação (*ex-ante* e *ex-post*) são diametralmente diferentes.

#### *Conclusões dos estudos incluídos*

Por fim, o último tema considerado são as conclusões dos estudos. Neste sentido, dois subtemas foram considerados: (i) Opinião dos autores e (ii) Implicações das fórmulas, gerando dois subgrupos de artigos. Como alguns estudos incluídos nesta revisão são revisões narrativas, era esperado que uma parte significativa dos artigos tragam, em suas conclusões, ‘*opiniões dos autores*’ (28,32,37,39,41,57). Nesses casos, fica evidente que a opinião dos autores, em termos gerais, sinaliza quanto ao desenvolvimento tardio de uma fórmula de alocação de recursos transparente. Uma das justificativas para essa avaliação é o baixo investimento em sistemas de informatização, no que tange os valores gastos com saúde, deixando menos transparente e acessível a fórmula utilizada. Além disso, para alguns autores, a ausência do critério de “equidade” torna tais fórmulas menos assertivas. Isto pode ser também visto no caso brasileiro. No referre ao desenvolvimento tardio, o papel do histórico já descrito e as oscilações político econômicas que vem impedindo o desenvolvimento da fórmula como prioridade tem encontrado com os mesmos problemas que o sistema escocês. No Brasil, mesmo com profusão de sistemas de informação em saúde, poucos são os dados que podem ser utilizados de maneira confiável para traduzir as

necessidades de saúde das regiões, muitos deles inexistentes nesses sistemas (64) . Além disso, o critério de equidade, por mais que seja versado na letra da lei ainda não encontra dados em termos de regularidade para ser mensurado, o que tornaria a fórmula brasileira, ainda se fosse possível pautá-la politicamente, um desafio técnico a ser superado.

Já para o segundo subgrupo, é possível identificar algumas das ‘*implicações das fórmulas*’ de alocação (30,31,33,35,38,40,58). No que tange a alocação entre os países do Reino Unido, é apontado o alto valor de repasse à Escócia, quando comparado com outros países. Ao parecer ser um tema sensível, um dos artigos rebate tal crítica e afirma que a fórmula vigente (Barnett) é transparente e flexível, possibilitando agregar problemas técnicos e políticos envolvidos na alocação de recursos. Já na perspectiva da alocação de recursos dentro da Escócia, identifica-se que o NHS escocês discute há anos o desenvolvimento de indicadores como uma forma comum de medição dentre as 14 regiões de saúde para garantir uma alocação mais eficiente e equitativa. Quando comparado com outros países (38), cujo nível econômico é similar e a saúde é majoritariamente pública, a busca por equidade e atendimento das necessidades de saúde locais é presente em todos os países. Fatores básicos de alocação, como a divisão da população em sexo e idade é comum aos países incluídos no estudo. Contudo, mesmo havendo similaridades na forma em que os fatores compõem a fórmula de alocação, a maneira como as variáveis são interpretadas e consideradas são distintas entre os países.

#### *Limitações desta revisão*

Mesmo diante dos diversos achados compilados nesta revisão, é válido ressaltar algumas limitações deste tipo estudo, incluindo o resgate de artigos que não respondem diretamente a pergunta orientadora do projeto. Nesse sentido, com o intuito de avançar esse debate em estudo futuros, é sugerida a utilização de outros bancos de dados e até mesmo outras metodologias de revisão sistemática possam ajudar a refinar e/ou identificar outros estudos cujo tema é trabalhado por outros campos disciplinares. Contudo, mesmo com essas limitações, a revisão apresentada é pertinente, uma vez que agrega os resultados e propõe um debate refletindo sobre como o caso escocês pode ajudar a repensar o caso brasileiro sem recair na frequente armadilha de mesclar as experiências que acontecem no Reino Unido como um todo, borrando as diferenças do NHS entre seus países.

Outro ponto importante é que fórmula usada para atenção primária – o resto da alocação das practices está ligado a programas específicos – não fica muito claro nos estudos devendo ser parte dos estudos posteriores clarear melhor estas diferenças. É importante ressaltar que uma das dificuldades de pesquisar na alocação de recursos para atenção básica é justamente a multiplicidade de informações e fontes conflitantes – isto resalta a importância do uso de métodos quanti e quali (mixed methods) para o entendimento da alocação e seus entraves.

### *Implicações para políticas públicas*

Conforme debatido neste trabalho, fica evidente que o NHS Escocês conta com um processo longo e contínuo de busca da redução de inequidades em saúde no país. Mesmo sendo apontado por alguns autores como um “movimento tardio”, em que pese que diversas décadas os critérios de alocação não objetivos, é de se destacar que a fórmula utilizada, assim como o seu processo de construção avançaram. As revisões sob a fórmula apontam uma preocupação constante de aprimoramento, a medida em que novas formas de mensurar demandas de saúde aparecem. Além disso, vale destacar que a fórmula reflete as diretrizes do sistema público de saúde, aproximando-o do reconhecido e referenciado NHS. É neste sentido que o caso escocês pode servir de exemplo para inspirar os gestores públicos na elaboração do caso brasileiro visando perseguir este caminho, sempre de acordo com a realidade do SUS e dirimindo as profundas desigualdades em saúde no país.

Por outro lado, conforme discutido neste artigo, o Brasil apresenta incoerências quanto ao aparato legal e suas práticas. A ausência de uma fórmula de alocação clara impede os avanços no debate de uma saúde mais equânime. Nesse sentido, é fundamental que gestores públicos, que atuem com esta temática, passem a construir este debate dentro do Ministério da Saúde. Para tal, um movimento também deve ser feito pela academia brasileira e seus pesquisadores da área de saúde pública, resumizando e destacando caminhos viáveis à esta construção, de forma a dar subsídios de discussão aos gestores.

Por fim, vale ressaltar que experiências internacionais devem servir de reflexão para o caso brasileiro. A mera importação de ideias, além de não colaborarem com o desenvolvimento de uma proposta viável a nível nacional, pode nos afastar (ainda mais) do sistema de saúde que temos, surtindo um efeito contrário ao esperado.

### *Avanços desta revisão e a agenda de pesquisa*

Essa revisão sistemática nos permite refletir sobre a alocação de recursos no Brasil de maneira crítica. Ao passo em que se percebe um movimento longo e constante do NHS Escocês em reduzir suas inequidades, é possível identificar no Brasil o quanto a discussão de alocação de recursos em saúde está em segundo plano, sendo utilizada como ferramenta para atingir objetivos políticos que, não raramente, desviam-se da origem pública do nosso sistema.

Aos autores que pretendem se debruçar sobre essa temática nos próximos anos faz-se necessário o contínuo monitoramento da evolução da fórmula escocesa, assim como a evolução desta discussão no Brasil. Uma pesquisa sistematizada em outras bases de publicação científica permitirá aos interessados sobre o assunto uma visão ainda mais abrangente do tema. Além disso, frente as mudanças de financiamento no Brasil, é fundamental o aprofundamento quanto à forma de alocação de recursos na atenção primária. Desta forma será possível que outros pesquisadores do assunto possam evoluir sobre a discussão de alocação de recursos no Brasil, partindo de diversos materiais para suas análises e conclusões.

### **Conclusões**

De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível perceber que a Escócia não só apresenta uma fórmula de alocação de recursos em saúde, como também busca, constantemente, revisita-la e aprimora-la, sempre com o foco em reduzir inequidades regionais e populacionais. Este trabalho avaliou esta temática através de uma revisão integrativa, composta por uma busca extensa de descritores relacionados aos polos delimitados pelo fenômeno (Alocação de recursos financeiros em saúde), população (sistema de saúde) e contexto (escocês). A busca por estudos se deu em três diferentes bases (PubMed, Web of Science e BVS). Após uma triagem de todos os 322 artigos encontrados, 14 estudos respondem à pergunta de pesquisa. Traçando um paralelo cauteloso com a realidade brasileira, percebe-se que muita discussão sobre o tema ainda precisa ser feita em nosso país, de forma a superar as incoerências mencionadas na discussão deste projeto (aparato legal *versus* prática). A busca por um SUS universal, integral e equânime, necessita de avanços baseados em parâmetros objetivos de alocação de recursos, que ponderem as necessidades em saúde e outras distinções relevantes. A constante opção política da Escócia por se manter público, integral e universal, buscando refletir esses valores em sua fórmula, a coloca em posição



de destaque quanto à um potencial inspirador para futuras discussões quanto à alocação de recursos no Brasil.

## Referências

1. Tanaka OY, Oliveira VE de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Soc* [Internet]. Abril de 2007 [citado 19 de Janeiro de 2022];16(1):7–17. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/4kkNZPj5KRqzXpgzMNPfdSw/?lang=pt>
2. Bevan G, Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S, Mays N. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? Source report. 2014 [citado 2 de Dezembro de 2021]; Disponível em: [www.nuffieldtrust.org.uk/compare-uk-health](http://www.nuffieldtrust.org.uk/compare-uk-health)
3. Public Health Scotland 2020. Resource Allocation Formula [Internet]. [citado 19 de Janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Finance/Resource-Allocation-Formula/>
4. Casa Civil (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, Brasil; 1988.
5. Finucane AM, Davydaitis D, Horseman Z, Carduff E, Baughan P, Tapsfield J, et al. Electronic care coordination systems for people with advanced progressive illness: a mixed-methods evaluation in Scottish primary care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2020 [citado 19 de Janeiro de 2022];70(690):e20. Disponível em: [/pmc/articles/PMC6917358/](https://pmc/articles/PMC6917358/)
6. Snowden A, MacArthur E. IMatter: Validation of the NHS Scotland Employee Engagement Index. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 8 de Novembro de 2014 [citado 19 de Janeiro de 2022];14(1):1–10. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0535-z>
7. Vittal Katikireddi S, Smith KE, Stuckler D, McKee M. Devolution of power, revolution in public health? *J Public Health (Bangkok)*. 39(2):241–7.
8. Conill EM, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de. Sistemas comparados de saúde. *Saúde em debate*. 2006;170:563–613.
9. Filippou J, Giovanella L, Konder M, Pollock AM. A «liberalização» do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 29 de Agosto de 2016 [citado 19 de Janeiro de 2022];32(8). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/YFVb9935gvSkBZrQWJGC9zN/abstract/?lang=pt>
10. Group TA on RA. NRAC Formula [Internet]. [citado 19 de Janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.tagra.scot.nhs.uk/research/>
11. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Soc*. 1 de Outubro de 2018;27(4):1105–19.
12. Ugá M, Lima S. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ipea/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. 135–168 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-05.pdf>
13. Casa Civil (Brasil). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Distrito Federal; 2012.
14. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* [Internet]. 16 de Novembro de 2020 [citado 2 de Dezembro de 2021];44(126):902–18. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/QX3G5qzmksjDMjFSjb6Ygnj/?lang=pt>

15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 2.436, de 21 de setembro de 2017. 2017.
16. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. Janeiro de 2018 [citado 2 de Dezembro de 2021];42(116):11–24. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>
17. Inês M, Bravo S, Junger Pelaez E, Pinheiro WN. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.
18. Casa Civil (Brasil). Emenda constitucional n°. 95, de 15 de dezembro de 2016. 2016.
19. De Moraes HMM, De Oliveira RS, Vieira-Da-Silva LM. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). *Cien Saude Colet* [Internet]. 25 de Novembro de 2019 [citado 2 de Dezembro de 2021];24(12):4479–88. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0001-8244-6601>
20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 2.979, de 12 de novembro de 2019. 2019.
21. Marshall L, Charlesworth A, Hurst J. The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence Research report. 2014 [citado 2 de Dezembro de 2021]; Disponível em: [www.nuffieldtrust.org.uk/publications/nhs-payment-system-policy](http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/nhs-payment-system-policy)
22. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet* [Internet]. 17 de Abril de 2020 [citado 2 de Dezembro de 2021];25(4):1181–8. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-3928-136X>
23. Dal K, Mendes S, Cristina De Campos R, Silveira P, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm* [Internet]. Dezembro de 2008 [citado 17 de Fevereiro de 2022];17(4):758–64. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>
24. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2014 [citado 17 de Fevereiro de 2022];48(2):335–45. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?lang=pt>
25. Portal Regional da BVS. Sobre o Portal Regional da BVS [Internet]. [citado 17 de Fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://bvsalud.org/sobre-o-portal/>
26. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. [citado 17 de Fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
27. Web of Science. Sobre o Web of Science Group [Internet]. [citado 17 de Fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://clarivate.com/webofsciencelgroup/solutions/web-of-science/>
28. Twaddle S, Walker A. Programme budgeting and marginal analysis: application within programmes to assist purchasing in Greater Glasgow Health Board. *Health Policy* [Internet]. 1995 [citado 21 de Julho de 2022];33(2):91–105. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10144441/>
29. Jones GT. Indicator-based systems of performance management in the National Health Service: a comparison of the perceptions of local- and national-level managers. *Heal Serv Manag Res* [Internet]. 2000 [citado 21 de Julho de 2022];13(1):16–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11184003/>
30. Coid DR, Crombie IK, Murray MD. Grant funding of health voluntary organizations by

- Scottish health boards. *Public Health*. 1 de Setembro de 2000;114(5):320–3.
31. Sims MT. Can the hospices survive the market? A financial analysis of palliative care provision in Scotland. *J Manag Med* [Internet]. 1995 [citado 21 de Julho de 2022];9(4):4–16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10144765/>
  32. Urquhart J, Kennie DC, Murdoch PS, Smith RG, Lennox I. Costing for long-term care: the development of Scottish health service resource utilization groups as a casemix instrument. *Age Ageing* [Internet]. 1999 [citado 21 de Julho de 2022];28(2):187–92. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10350417/>
  33. Milne RG, Torsney B. Non-price allocative procedures: Scottish solutions to a National Health Service problem. *Dev Health Econ Public Policy* [Internet]. 1992 [citado 21 de Julho de 2022];1:187–202. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10151745/>
  34. The Scottish Office Department of Health. Designed to Care Renewing the National Health Service in Scotland [Internet]. 1997 [citado 21 de Julho de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/designed-to-care-renewing-the-national-health-service-in-scotland>
  35. Milne RG, Torsney B. Financial incentives, competition and a two tier service: lessons from the UK National Health Service internal market. *Health Policy* [Internet]. 1 de Abril de 2003 [citado 21 de Julho de 2022];64(1):1–12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12644325/>
  36. Milne RG. PRIORITIES IN THE SCOTTISH HEALTH SERVICE: THE PLACE OF THE SHAPE REPORT. 1980.
  37. Regional differences in health care delivery: implications for a national resource allocation formula - PubMed [Internet]. [citado 21 de Julho de 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10983006/>
  38. Penno E, Gauld R, Audas R. How are population-based funding formulae for healthcare composed? A comparative analysis of seven models. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 8 de Novembro de 2013 [citado 21 de Julho de 2022];13(1):1–13. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-470>
  39. Midwinter A. Territorial Resource Allocation in the UK: A Rejoinder on Needs Assessment. <https://doi.org/101080/00343400220137164> [Internet]. 2010 [citado 21 de Julho de 2022];36(5):563–7. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00343400220137164>
  40. Maynard A, Ludbrook A. Applying resource allocation formulae to constituent parts of the U.K. *Lancet* (London, England) [Internet]. 12 de Janeiro de 1980 [citado 21 de Julho de 2022];1(8159):85–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6101427/>
  41. Gray AM, Hunter DJ. Priorities and Resource Allocation in the Scottish Health Service: Some Problems in ‘Planning and Implementation’. *Policy Polit* [Internet]. 1 de Outubro de 1983 [citado 21 de Julho de 2022];11(4):417–37. Disponível em: <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/pp/11/4/article-p417.xml>
  42. Rother ET. Systematic literature review X narrative review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [citado 21 de Julho de 2022];20(2):v–vi. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=en>
  43. Minayo MCS, de Assis, SG, de Souza E. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Editora Fiocruz. 2005. p. 19–52.
  44. Alves-Mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad Pesqui* [Internet]. Setembro de 2006 [citado 21 de Julho de 2022];36(129):637–51. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/j/cp/a/BdSdmX3TsKKF3Q3X8Xf3SZw/abstract/?lang=pt>
45. Baixinho CL, Presado MH, Ribeiro J. Investigação qualitativa e transformação da saúde coletiva. *Cien Saude Colet* [Internet]. 1 de Maio de 2019 [citado 21 de Julho de 2022];24(5):1582–1582. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/j/csc/a/9hzFPQ9rBQb5B7BfqcFfh6x/?lang=pt>
  46. Porto S, Martins M, Travassos C, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 [citado 21 de Julho de 2022];23(6):1393–404. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/j/csp/a/D4w6CpFrrqN3KQtmBhDBVdR/?lang=pt>
  47. ALOCAÇÃO DE RECURSOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [citado 21 de Julho de 2022]. Disponível em:  
<https://bvsmms.saude.gov.br/alocacao-de-recursos-para-a-atencao-a-saude/>
  48. Mendes Á, Leite MG, Marques RM. Discussing one Methodology to the Equitable Allocation of Federal Resources to the National Health System. *Saúde e Soc* [Internet]. Julho de 2011 [citado 21 de Julho de 2022];20(3):673–90. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/DvGnPMYFQkb6sbZY3CjCfvQ/abstract/?lang=en>
  49. Mendes Á, Leite MG, Carnut L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. 3 de Agosto de 2020 [citado 21 de Julho de 2022];54. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/j/rsp/a/VLfnbzdTpsf4RBKLxz4nmGf/?lang=pt>
  50. Casa Civil (Brasil). DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. [Internet]. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
  51. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil | In. Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p.473-505, tab, graf. | HISA [Internet]. [citado 21 de Julho de 2022]. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/his-16610>
  52. Casa Civil (Brasil). LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. [Internet]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI Nº 8.080%2C DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.&text=Dispõe sobre as condições para,correspondentes e dá outras providências.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI Nº 8.080%2C DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.&text=Dispõe sobre as condições para,correspondentes e dá outras providências.)
  53. Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993 [Internet]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)
  54. Conselho Nacional de Saúde. NOB 96. Disponível em:  
<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>
  55. Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007 [Internet]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)
  56. Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017 [Internet]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)
  57. Hunter DJ. Coping with uncertainty: decisions and resources within health authorities. *Sociol Health Illn* [Internet]. 1 de Junho de 1979 [citado 21 de Julho de 2022];1(1):40–68. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.ep11006773>

58. Miller P, Craig N, Scott A, Walker A, Hanlon P. Measuring progress towards a primary care-led NHS. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1999 [citado 21 de Julho de 2022];49(444):541. Disponível em: [/pmc/articles/PMC1313473/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC1313473/?report=abstract)
59. Áquilas Mendes LC. *Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea*. Editora, HUCITEC; 2022. 290 p.
60. Casa Civil (Brasil). *Ato das Disposições Constitucionais Transitórias* [Internet]. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
61. Aquilas Mendes LC. *Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira*. SER Social; 2020.
62. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 11 de Fevereiro de 2022 [citado 21 de Julho de 2022];38(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHsQ/abstract/?lang=pt>
63. Buck LI. Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação [Internet]. 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-14022019-103451/pt-br.php>
64. Branco MAF. *Sistemas de informação em saúde no nível local*. *Cad Saude Publica* [Internet]. Junho de 1996 [citado 21 de Julho de 2022];12(2):267–70. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/46KGTnjN7CjjMWgYGrfJrBQ/?lang=pt>