

**Revisão integrativa sobre o Financiamento da Atenção Primária em sistemas nacionais de saúde:
garantindo acesso e equidade**

**Integrative review on the Financing of Primary Care in national health systems: ensuring access and
equity**

**Revisión integradora sobre la financiación de la atención primaria en los sistemas nacionales de salud:
garantizar el acceso y la equidad**

Resumo: Identificar o que a literatura científica nacional e internacional tem disponibilizado sobre o financiamento da atenção primária à saúde (APS) em sistemas nacionais de saúde, em termos de ampliação do acesso e da garantia da equidade. Através do método de revisão integrativa da literatura, a pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Foram analisadas 21 publicações, referentes à 16 países diferentes. Os países com maior número de publicações foram: Austrália (4), Brasil (4) e Camboja (4), seguido por Argentina (2), Colômbia (2) e Laos (2), além de outros 10 países com uma publicação cada. Os resultados apontam que não há um único modelo de financiamento possível, bem como não há consenso entre os autores para os conceitos de acesso e equidade. Há consenso, porém, na crença de que a APS deve ser a estratégia norteadora do modelo de atenção e financiada apropriadamente conforme às necessidades em saúde de cada população. Os modelos de financiamento se resumiram em público baseado em impostos, por contribuições sociais obrigatórias, ou por seguros de saúde no sistema privado. Adicionalmente, a existência dos Fundos de Investimento em Saúde (HEFs), no Cambódia, comprova que é possível encontrar alternativas em busca da garantia do acesso e da equidade. Cada país, a sua maneira, busca garantir o acesso e a equidade na saúde da sua população, porém, apesar das diretrizes da Organização Mundial de Saúde ou da Declaração de Direitos Humanos, não havendo consenso entre significado e mensuração destes termos, cada país busca solucionar da forma que melhor lhe convém. Torna-se, portanto, necessário fomentar o embasamento teórico e conceitual dos termos quando utilizá-los, bem como desenvolver formas de mensurá-los, por meio de índices confiáveis e compartilhados entre as diferentes realidades.

Descritores: Financiamento da Assistência a Saúde; Sistemas Nacionais de Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Equidade em saúde

Abstract: Identify the national and international scientific literature available on the financing of primary health care (PHC) in national health systems, in terms of expanding access and ensuring equity. Through the method of integrative literature review, the research was at the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) and PubMed. Twenty-one publications were analyzed, referring to 16 different countries. The countries with the largest number of publications were: Australia (4), Brazil (4) and Cambodia (4), followed by Argentina (2), Colombia (2) and Laos (2), in addition to another 10 countries with one publication each. The results show that there is not a single possible financing model, as well as there is no consensus among the authors for the concepts of access and equity. There is consensus, however, in the belief that PHC should be the guiding strategy for the healthcare modelo and financed appropriately according to the health needs of each population. The financing models were summarized in public based on taxes, mandatory social contributions, or health insurance in the private system. In addition, the existence of Health Investment Funds (HEFs) in Cambodia proves that it is possible to find alternatives in order to pursuit access and equity. Each country, in its own way, seeks to guarantee access and equity to the population, however, despite the guidelines of the World Health Organization or the Declaration of Human Rights, there is no consensus between the meaning and measurement of these terms, each country seeks solve in your own way. Therefore, it is necessary to foster the theoretical and conceptual basis of the terms when using them, as well as to develop ways of measuring them, through reliable and shared indices between the different realities.

Keywords: Health Care Financing; Health Expenditures; Primary Health Care; Health Service Accessibility; Health Equity

Resumen: Identificar lo que la literatura científica nacional e internacional ha puesto a disposición sobre el financiamiento de la atención primaria de salud (APS) en los sistemas nacionales de salud, en términos de ampliar

el acceso y asegurar la equidad. Mediante el método de revisión integradora de la literatura, la investigación se realizó en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y PubMed. Se analizaron veintiuna publicaciones, referidas a 16 países diferentes. Los países con mayor número de publicaciones fueron: Australia (4), Brasil (4) y Camboya (4), seguidos de Argentina (2), Colombia (2) y Laos (2), además de otros 10 países con una publicación cada uno. Los resultados muestran que no existe un único modelo de financiamiento posible, así como tampoco hay consenso entre los autores para los conceptos de acceso y equidad. Sin embargo, existe consenso en la creencia de que la APS debe ser la estrategia orientadora del modelo de atención y estar adecuadamente financiada según las necesidades de salud de cada población. Los modelos de financiamiento se resumieron en público en base a impuestos, cotizaciones sociales obligatorias o seguro médico en el sistema privado. Además, la existencia de Health Equity Funds (HEF) en Camboya demuestra que es posible encontrar alternativas en busca del acceso y de la equidad. Cada país, a su manera, busca garantizar el acceso y la equidad en la salud de su población, sin embargo, a pesar de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud o la Declaración de Derechos Humanos, no existe consenso entre el significado y la medida de estos términos, cada país busca de la forma que mejor le convenga. Es, por tanto, necesario fomentar la base teórica y conceptual de los términos a la hora de utilizarlos, así como desarrollar formas de medirlos, a través de índices fiables y compartidos entre las diferentes realidades.

Palabras-Claves: Financiación de la Atención de la Salud; Sistemas Nacionales de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Equidad en Salud

Introdução

O financiamento da atenção primária vem, ao longo dos anos, sendo um tema amplamente debatido na comunidade científica. O debate acerca do tema é amplo, diverso e contínuo, ainda mais levando em consideração a recente alteração no modelo de financiamento da atenção primária no Brasil. Trata-se do Programa 'Previnir Brasil' instituído pelo governo federal através da portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019.¹

Dentre as considerações feitas pelo Ministério da Saúde (MS) para justificar a alteração do modelo de financiamento vigente, pode-se destacar:

“...a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde a fim de garantir a universalidade do SUS”¹.

Além disso, é indicado também pelo MS a seguinte justificativa: “...a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à Atenção Primária à Saúde”¹.

Contudo, as justificativas do MS podem ser amplamente criticadas. Dentre vários argumentos contrários, pode-se salientar que a modificação do financiamento da Atenção Primária à Saúde rompe com o Piso da Atenção Básica Fixo, implantado desde 1998, em que assegurava um valor per capita total repassado para o município, a fim de que ele pudesse planejar e executar as ações e serviços de saúde nesse nível de atenção como um todo, respeitando os princípios constitucionais do SUS². Além disso, sabe-se que do ponto de vista da equidade o novo modelo não segue as determinações dispostas pela Lei 141/2012, artigo 17 em que o critério guia para a transferência dos recursos federais aos municípios refere-se às necessidades de saúde².

A discussão sobre o tema do financiamento da atenção primária passa fundamentalmente pela definição proposta por Kleckowski et al.³, trabalhada por Mendes et al² que apontam que o modelo de atenção é

o orientador do processo de financiamento e, portanto, sendo que no caso da Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar em consonância com sua base conceitual ampliada², que será discutida adiante.

Para efeito de nossa discussão, tomaremos como referência principal de Atenção Primária à Saúde a definição proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil:

“A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”⁴. (p.19)

Por princípio e definição, esta deve ser a primeira atenção que o usuário do SUS deve receber, isto é, a porta de entrada para que ele tenha acesso à saúde. Por este motivo, em um sistema universal de saúde é preciso ampliar o acesso à saúde até haver garantias de que toda a população possa acessar ao sistema através deste modelo de atenção.

No que tange a definição do termo acesso há uma ampla discussão na ótica de saúde. Conforme Travassos e Martins⁵ afirmam, “acesso” é um conceito complexo e que varia entre autores e também de acordo com o tempo e contexto empregado⁵. Segundo elas “autores como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”⁵. (p.2)

A discussão científica acerca do termo perpassa ainda pela questão de ‘necessidades em saúde’. Isto é, acesso tem a ver com a capacidade de produzir ações e serviços que respondam às necessidades de saúde de uma determinada população⁵. Oferecer acesso, portanto, representa não apenas a distribuição de recursos ou equipamentos de saúde, mas também à alocação equitativa destes recursos e equipamentos de saúde conforme às necessidades de saúde dos usuários do sistema.

Nesta perspectiva, a garantia da equidade no financiamento da atenção primária à saúde se faz necessária, visto as diferentes necessidades em saúde que cada população dispõe, devido às condições geográficas e socioeconômicas à que cada um está submetido. O termo equidade, considerado um dos princípios norteadores do SUS, tem algumas definições possíveis que valem destacar. A primeira, formulada por West, trabalhada por Porto⁶, discrimina os princípios entre equidade horizontal – onde há um tratamento igual para todos – e equidade vertical – que seria o tratamento desigual para os desiguais. Porto⁶ sintetiza e lembra que “por trás do

primeiro conceito (horizontal) está o princípio de igualdade, enquanto o segundo (vertical) pressupõe uma discriminação positiva, e, ainda que tratamentos iguais podem ser não-equitativos”.⁶ (p.129)

Além deste, Porto⁶ traz o conceito de equidade trabalhado por Julian Le Grand, que distingue cinco tipos de equidade ligados à distribuição da despesa pública e Artells e Mooney, que sintetizam sete conceitos possíveis de equidade em saúde e que, consideram em todas como ponto central de preocupação, a distribuição da despesa pública⁶. E apesar da vasta bibliografia sobre o tema, para efeito da nossa discussão, consideraremos também o conceito de equidade pelo Ministério da Saúde, que associa a relação direta com o conceito de igualdade e de justiça social, afirmando que a equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.⁷

Este é um dos motivos para que haja um financiamento equitativo entre diferentes regiões. Ou seja, financiar de maneira desigual as regiões desiguais. Porém todo cuidado é pouco, pois é preciso que os critérios de rateio do financiamento sejam precisos e levem em consideração às necessidades em saúde das diferentes populações, conforme preconiza a Lei 141/2012.

Neste sentido, torna-se fundamental conhecer a discussão na literatura científica que trata sobre o financiamento da atenção primária em sistemas nacionais de saúde, como um todo, buscando referenciá-la aos aspectos de ampliação do acesso e da garantia da equidade. Dessa forma, pode-se ampliar o quadro de referência dessa temática para refletir sobre o conteúdo necessário a se pensar sobre o modelo de financiamento da APS no SUS.

Metodologia

O método escolhido para esta pesquisa foi o de revisão integrativa da literatura nacional e internacional, com o objetivo de sintetizar o conhecimento atual, de diferentes autores e publicado sobre o tema e apresentou como base inicial a seguinte pergunta: “O que a literatura científica tem disponibilizado sobre financiamento da atenção primária em sistemas nacionais de saúde, em termos de ampliação do acesso e da garantia da equidade? ”.

A partir de então, optamos por trabalhar na presente Revisão com dois repositórios de estudos científicos, sendo dois portais (que congregam diferentes bases de dados), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a PubMed.

A pergunta principal originou três itens chave, que foram buscados na plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) os Descritores específicos, de acordo com a aplicabilidade das definições. Na base de dados PubMed, utilizou-se a tradução para o idioma inglês, disponível no Decs para os descritores identificados em português e adicionalmente, procurou-se estes mesmos termos na base do *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*. Certos termos, quando considerada a tradução literal não foram encontrados, e, portanto, foram substituídos por sinônimos no *Medical Subject Headings (MeSh Terms)*.

Os descritores finais, derivados de cada item-chave e utilizados para a pesquisa na BVS e PubMed podem ser analisados no quadro 1.

Itens Chave	Descritores (Português) – BVS/Bireme	MeSH Terms (inglês) - PUBMED
Financiamento da Atenção Primária	Financiamento da assistência a saúde Recursos em saúde Financiamento Governamental Gastos em Saúde Financiamento de Capital Financiamento dos Sistemas de Saúde Atenção Primária à Saúde	Health Care Financing Health Resources Financing, Government Health Expenditures Primary Health Care
Sistemas Nacionais de Saúde	Sistemas Nacionais de Saúde Sistema Único de Saúde Sistemas de Saúde Políticas de Saúde Serviços de Saúde	Delivery of Health Care, Integrated Delivery of Health Care Health Services Health Policy Patient Acceptance of Health Care
Acesso e Equidade	Acesso aos serviços de saúde Acesso Universal aos serviços de saúde Acesso Efetivo aos serviços de saúde Equidade Equidade em Saúde Equidade no acesso aos serviços de saúde Equidade na alocação de recursos	Health Service Accessibility Universal Health Care Health Equity Health Care Rationing

Quadro 1. Definição dos itens-chaves e descritores no DeCS/BIREME e *MeSH Terms* PubMed

Fonte: Elaborado pelos autores

A busca se utilizou de técnica metodológica para a combinação de diversos descritores entre si, através de operadores booleanos, com o objetivo de encontrar a melhor sintaxe, de forma a refiná-la. Com o objetivo de melhorar a estratégia de busca optou-se por agrupar 'Acesso' e 'Equidade' em um mesmo Item-Chave. Partindo do portal BVS, fazendo uso do operador booleano "OR", chegou-se ao resultado do Quadro 2.

Itens Chave	Descritores / Sintaxe	Número de estudos encontrados
Financiamento da Atenção Primária	"Financiamento da assistência a Saude" OR "Recursos em saude" OR "financiamento governamental" OR "gastos em saude" OR "financiamento de capital" OR "financiamento dos sistemas de saúde" OR "Atenção Primária à Saúde"	165.721
Sistemas Nacionais de Saúde	"Sistemas Nacionais de Saúde" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Sistemas de Saúde" OR "Políticas de Saúde" OR "Serviços de Saúde"	133.587
Acesso e Equidade	"Acesso aos serviços de Saúde" OR "Acesso Universal aos Serviços de Saúde" OR "Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde" OR "Equidade" OR "Equidade em Saúde" OR "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Equidade na Alocação de Recursos"	82.000

Quadro 2. Resultados das Buscas por grupos de descritores junto à BVS/Bireme

Fonte: Elaborado pelos autores

No tocante ao Portal PUBMED, os itens-chave também foram trabalhados com MeSH Terms. Para a construção foi feito o uso da mesma metodologia de construção da sintaxe e também se utilizou do operador booleano “OR”. Os resultados são apresentados no Quadro 3.

Itens Chave	MeSH Terms / Sintaxe	Número de estudos encontrados
Financiamento da Atenção Primária	((("Healthcare Financing"[MeSH Terms]) OR ("Health Resources"[MeSH Terms])) OR ("Financing, Government"[MeSH Terms])) OR ("Health Expenditures"[MeSH Terms])) OR ("Primary Health Care"[MeSH Terms])	294.185
Sistemas Nacionais de Saúde	((("Health Policy"[MeSH Terms])) OR ("Health Services"[MeSH Terms])) OR ("Delivery of Health Care, Integrated"[MeSH Terms])) OR ("Delivery of Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Patient Acceptance of Health Care"[MeSH Terms])	2.793.795
Acesso e Equidade	((("Health Services Accessibility"[MeSH Terms]) OR ("Universal Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Health Equity"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Rationing"[MeSH Terms])	110.741

Quadro 3. Resultados das Buscas por grupos de MeshTerms

Fonte: Elaborado pelos autores

Diante do grande número de resultados encontrados, optou-se por prosseguir a estratégia de busca utilizando o operador booleano “AND”, com o objetivo de afunilar a busca através da conexão entre os descritores e os MeshTerms e os diferentes itens-chave. O resultado desta etapa pode ser disposto conforme as seguintes sintaxes:

Portal BVS/BIREME:

mh:("Financiamento da assistencia a Saude" OR "Recursos em saude" OR "financiamento governamental" OR "gastos em saude" OR "financiamento de capital" OR "financiamento dos sistemas de saúde" OR "Atenção Primaria à Saude") AND mh:("Sistemas Nacionais de Saude" OR "Sistema Unico de Saude" OR "Sistemas de Saude" OR "Políticas de Saude" OR "Serviços de Saude") AND mh:("Acesso aos serviços de Saude" OR "Acesso Universal aos Serviços de Saude" OR "Acesso Efetivo aos de Saude" OR "Equidade" OR "Equidade em Saude" OR "Equidade no Acesso aos Servicos de Saude" OR "Equidade na Alocação de Recursos")

Portal PubMed:

((("Healthcare Financing"[MeSH Terms]) OR ("Health Resources"[MeSH Terms])) OR ("Financing,

Government"[MeSH Terms])) OR ("Health Expenditures"[MeSH Terms])) OR ("Primary Health Care"[MeSH Terms]))AND((((("Health Policy"[MeSH Terms])) OR ("Health Services"[MeSH Terms])) OR ("Delivery of Health Care, Integrated"[MeSH Terms])) OR ("Delivery of Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Patient Acceptance of Health Care"[MeSH Terms]))AND((((("Health Services Accessibility"[MeSH Terms])) OR ("Universal Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Health Equity"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Rationing"[MeSH Terms]))

O Resultado inicial destas sintaxes, realizadas em 20 de julho de 2020, nos portais BVS/BIREME e PubMed trouxeram 1.516 e 19.988 publicações, respectivamente. Com o objetivo de direcionar a busca para o objeto de estudo, foram utilizadas as palavras chave “Acesso”/”Access” e “Equidade”/”Equity”, no título dos artigos, como critério obrigatório adicional de inclusão do artigo na sintaxe final, resultando nas sintaxes finais dispostas abaixo:

Portal BVS/BIREME:

tw:(tw:(tw:(mh:(“Financiamento da assistencia a Saude” OR “Recursos em saude” OR “financiamento governamental” OR “gastos em saude” OR “financiamento de capital” OR “financiamento dos sistemas de saúde” OR “Atenção Primaria à Saude”) AND mh:(“Sistemas Nacionais de Saude” OR “Sistema Unico de Saude” OR “Sistemas de Saude” OR “Políticas de Saude” OR “Serviços de Saude”) AND mh:(“Acesso aos serviços de Saude” OR “Acesso Universal aos Serviços de Saude” OR “Acesso Efetivo aos Serviços de Saude” OR “Equidade” OR “Equidade em Saude” OR “Equidade no Acesso aos Servicos de Saude” OR “Equidade na Alocação de Recursos”))) AND (tw:(“Acesso”)) AND (tw:(“Equidade”)))

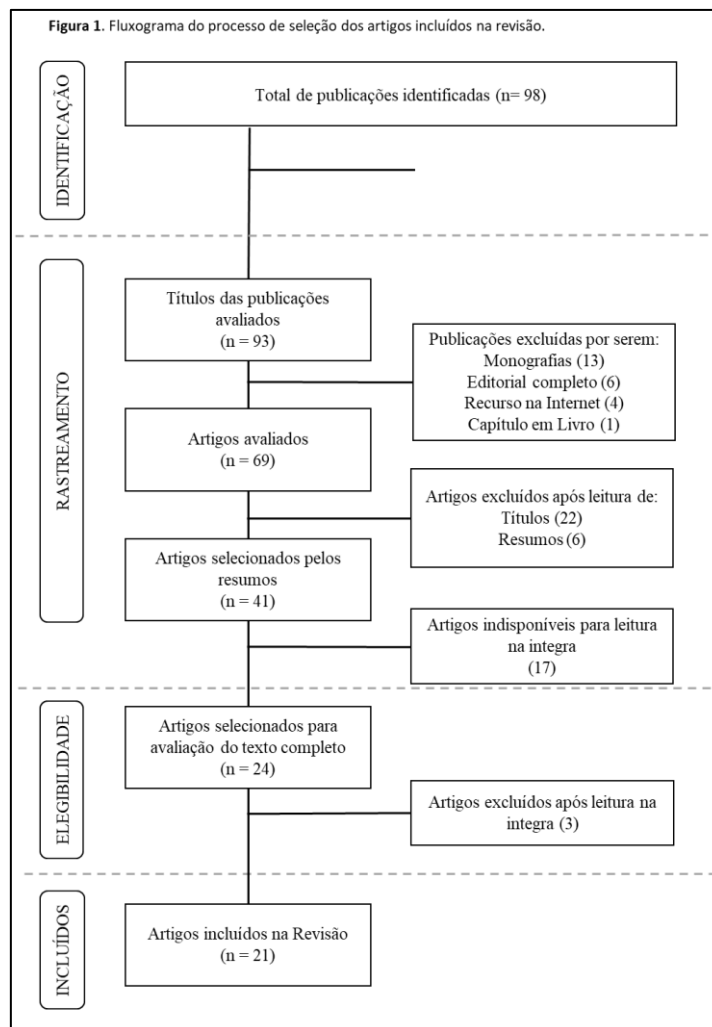
Portal PubMed:

(((((“Healthcare Financing”[MeSH Terms])) OR (“Health Resources”[MeSH Terms])) OR (“Financing, Government”[MeSH Terms])) OR (“Health Expenditures”[MeSH Terms])) OR (“Primary Health Care”[MeSH Terms])) AND ((((((“Health Policy”[MeSH Terms])) OR (“Health Services”[MeSH Terms])) OR (“Delivery of Health Care, Integrated”[MeSH Terms])) OR (“Delivery of Health Care”[MeSH Terms])) OR (“Patient Acceptance of Health Care”[MeSH Terms]))AND((((“Health Services Accessibility”[MeSH Terms])) OR (“Universal Health Care”[MeSH Terms])) OR (“Health Equity”[MeSH Terms])) OR (“Health Care Rationing”[MeSH Terms])) AND (“Access”[Title])) AND (“Equity”[Title]))

O resultado da adição destes termos na pesquisa, realizada em 20 de julho de 2020, foi a redução para 51 publicações no portal BVS/BIREME e 47 publicações no portal PubMed, totalizando 98 publicações.

Das 98 publicações, foram excluídas 6 por serem repetidas. A partir daí foi realizada a exclusão das publicações que não se referiam a artigos científicos. Desse modo, foram excluídas 24 publicações por serem monografias, teses, recursos da internet, editoriais completos, capítulos de livro, dissertações e publicações que abordassem estudos de caso muito específicos e/ou que não estivessem relacionadas ao tema de Financiamento da atenção primária à saúde em sistemas nacionais de saúde, restando, assim 69 artigos científicos. Após essa etapa foram excluídos 28 artigos quando da leitura dos títulos e resumos, restando 41. Em seguida, foram também excluídos os artigos por não estarem disponíveis para a leitura na íntegra. Por fim, dos 24 artigos restantes foram, ainda, excluídos aqueles que não tinham relação com a pergunta de pesquisa (3). Assim, foram considerados para esta revisão 21 artigos incluídos.

A Descrição de cada etapa deste processo pode ser encontrada na Figura 1.



Resultados

Foram analisadas 21 publicações, apresentadas no quadro 4, que detalham o sistema de saúde de 16 países diferentes, com pelo menos um representante de cada continente, com exceção da África que foi mencionada apenas em um estudo⁸ encontrado, mas que foi excluído da análise após a leitura integral por focar apenas em um estudo de caso sobre atenção hospitalar em Maputo, Moçambique. Duas publicações apresentam dados de regiões e contêm mais de um país analisado, porém mencionam aspectos individuais de cada país, sendo elas: Araújo et al²⁶ abordam aspectos de países da América Latina (Argentina, Brasil, Colômbia e México) e McMichael e Healy¹⁹ que analisam os sistemas de saúde da Sub-Região Grande Mekong (Camboja, Lao PDR, Mianmar, Tailândia e Vietnã). Houve predominância para os países da Ásia, com 8 publicações e América Latina, com 7 publicações. Os países, objeto de estudo, do maior número de publicações foram: Austrália (4), Brasil (4) e Camboja (4), seguido por Argentina (2), Colômbia (2) e Laos (2), enquanto Canadá, Chile, Índia, Malásia, México, Myanmar, Nova Zelândia, Reino Unido, Tailândia e Vietnã estiveram em apenas uma (1) publicação cada. As publicações analisadas (21) foram publicadas predominantemente no idioma inglês (16), seguido pelo português (3) e espanhol (2).

Os resultados apresentados mostram que as publicações abordam não só o tema de financiamento da APS, mas também de maneira mais ampla o financiamento do sistema nacional de saúde como um todo, detalhando aspectos direcionadores, impactos e resultados em acesso e equidade de políticas implementadas ao longo do tempo, principalmente em países em desenvolvimento. A garantia do acesso e da equidade em sistemas nacionais de saúde é apresentada através da ótica de diferentes países que possuem mecanismos de financiamento à saúde distintos e complementares entre si, tais como o público e o privado, mas que se mostram muito mais complexos do que esta comum classificação simplista, evidenciando a importância de que um sistema nacional de saúde seja público, financiado e direcionado de acordo com as necessidades em saúde e os determinantes sociais de sua população, tendo como estratégia principal e modelo norteador a atenção primária à saúde, plenamente integrada aos diferentes níveis de atenção.

Apesar de haver extenso diálogo, análise e fundamentação histórica sobre a importância de garantir o acesso e a equidade, a conceituação científica dos termos para o leitor é colocada de lado. Apenas 9 publicações das 21 analisadas (43% do total) apresentam uma definição conceitual do termo **acesso** e no que tange ao termo **equidade**, apenas 7 publicações (33%) o definem e conceituam. Da mesma maneira é analisada o conceito de **Atenção Primária à Saúde**, onde apenas 6 publicações (29%) definem e conceituam, de fato, a APS. Ainda assim, é possível afirmar que 100% das publicações explorou, detalhadamente, através da literatura ou de estudo de caso específico, iniciativas e políticas que buscaram, através de diferentes formas de financiamento, oferecer o acesso e ampliar a equidade, de acordo com os conceitos aqui apresentados.

Quadro 4. Quadro-síntese dos artigos incluídos: autor, ano, país, objetivos principais resultados, financiamento dos sistemas nacionais de saúde e APS, acesso e equidade

Base/Portal	Autor, Ano	País	Método	Objetivos	Principais resultados	Financiamento dos sistemas nacionais de saúde e APS	Acesso	Equidade
BVS/Bireme	Singh A, Chokshi M, 2014	Índia	Revisão Narrativa	Delinear os caminhos pelos quais a Cobertura Universal de Saúde pode contribuir na realização do direito à saúde nos países em desenvolvimento.	Justifica a defesa da tese com base no Artigo 19 da Constituição da Índia, que reconhece o direito à saúde como parte integrante do direito à vida, bem como no Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos e adicionalmente é citado o Decreto Nacional pela Saúde de 2009 que identificou uma série de aspectos relacionado ao direito à saúde.	De acordo com o Decreto Nacional pela Saúde de 2009 e a Constituição, o governo Indiano deveria, constitucionalmente, prover recursos financeiros para o bem-estar das pessoas, o aumento dos níveis nutricionais e melhoria do padrão de vida. A oferta dos serviços de saúde deve priorizar a APS".	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Apenas menciona que os indivíduos devem ter acesso à Informações relevantes e necessárias sobre saúde.	Cita a 'Equidade' enquanto base de princípio da Cobertura Universal de Saúde (CUS), juntamente com a universalidade, o empoderamento e a integralidade da atenção à saúde..
BVS/Bireme	Díaz, Carlos Alberto. 2013;	Argentina	Estudo de Caso; Qualitativo	Descrever e repaginar os desafios da Atenção Primária à Saúde com o objetivo de que ela se torne o principal ponto de entrada no sistema de saúde Argentino.	Discorre sobre seis pontos para responder à pergunta "o que se deve fazer, desde a gestão, para solucionar às iniquidades em saúde?" Considera que a APS deve ser a principal maneira de ingressar ao sistema de saúde argentino, afirmando que ainda há um caminho longo e que exige decisões conjuntas e coordenadas, que sejam orientadas à fortalecer a APS com alocação eficiente dos recursos para atingir este objetivo.	O sistema de saúde argentino é integrado por três subsistemas: o público, financiado à nível federal. O desseguridade social, financiado por contribuições dos trabalhadores assalariados e, o privado que é composto por seguros e pré-pagamentos direto pelas famílias. Define APS como o cuidado essencial da saúde, sustentada por métodos científicos, tecnologias acessíveis, participação plena, com custos ao alcance do Estado e da comunidade, com ações de saúde o mais perto de onde a população vive.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Considera APS como via de Acesso fundamental ao Sistema de Saúde. Relata que para alcançar a proteção social, a equidade em saúde e a garantia do acesso requer a implementação de mecanismos políticos, técnicos e que sejam definidos com base na identificação das necessidades em saúde, bem como da alocação de recursos e da gestão por desempenho, com a população como protagonista.	Descreve as inequidades em saúde como diferenças de vulnerabilidade e exposição que contribuem para aumentar a desigualdade social. Propõe seis pontos chave como solução 1) garantir que todos os habitantes tenham uma cobertura formal 2) APS como cuidado essencial 3) APS enquanto um modelo provedor 4) Garantir a participação social, com informação. 5) Empoderar à APS 6) Garantir o financiamento e investimento na APS.

BVS/Bireme	Corscadden, Lisa; Levesque, Jean-Frederic; Lewis, Virginia; Breton, Mylaine; Sutherland, Kim; Weenink, Jan-Willem; Haggerty, Jeannie; Russell, Grant, 2017	Austrália	Estudo de Caso; Quantitativo	Prover evidências em como as nações variam do ponto de vista de Acesso à APS, descrevendo quais barreiras os adultos na Austrália vivem para acessar à APS, em comparação com outros países.	Apresenta uma análise detalhada de pesquisa realizada em 2013 por um fundo (IHP), colocando em perspectiva os resultados com o quadro conceitual de Levesque et al. 2013. Detalha que o item <i>Affordability (Capacidade de ser pago)</i> foi onde os Australianos declararam haver barreiras e isso pode ser atribuído como reflexo dos diferentes níveis de financiamento aplicáveis aos serviços de APS e ao aumento de copagamentos.	Não detalha o modelo de financiamento da APS e caracteriza através das perguntas da pesquisa, características gerais da APS, relacionadas ao acesso. Tal como perguntas relacionadas à frequência que utilizam um clínico geral ou centro de saúde regularmente, ou à dificuldade de conseguir atendimento médico que não seja em um hospital ou emergência.	Define como a capacidade das pessoas de obter serviços de saúde apropriados, em resposta às necessidades de cuidado. Utiliza a definição de Levesque et al. 2013, que identificou 5 características chave dos serviços que contribuem para o acesso, e 5 habilidades correspondentes da população. Detalha que as barreiras no acesso podem acontecer dado os atributos do serviço ou habilidades da população.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Equidade". Defende que o Acesso à APS está associado à custo-efetividade e à equidade dos sistemas de saúde, bem como à melhora dos resultados em saúde, particularmente entre populações desfavorecidas.
BVS/Bireme	Ruiz Gómez, Fernando; Zapata Jaramillo, Teana; Garavito Beltrán, Liz. 2013	Colombia	Estudo de Caso; Quantitativo	Avaliar a variação em cinco dimensões da equidade em saúde do Sistema de Saúde Colombiano. Sendo eles condições de saúde, cobertura social do seguro de saúde, utilização de serviços de saúde, qualidade e despesas com saúde.	Detalha a reforma do sistema de saúde Colombiano, de 1993 que implementou o seguro social de saúde, expandindo a cobertura através de um sistema universal de saúde e harmonizando benefícios de saúde para as populações pobres. Tendo como mecanismo subsidiar a demanda e garantir o benefício. Resultados mostram progresso em termos de equidade relacionado à adoção de seguro de saúde, acesso à medicamentos e serviços curativos, e à percepção de qualidade do serviço de cuidado em saúde.	O sistema de financiamento, antes da reforma (1993), era baseado em um subsídio cruzado, onde pessoas com mais renda subsidiavam a população mais pobre e o governo federal financiava com uma contribuição de igual montante. As principais mudanças pós reforma foram a expansão do seguro social de saúde (por contribuição e subsidiado), um pacote de benefício com garantia de cobertura de saúde e a integração dos provedores de saúde do sistema público e privado, em um esquema de competição unificado.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Pondera que acesso deve ser avaliado mediante janelas de tempo. Este estudo (2003-2008) evidenciou uma grande expansão da cobertura do seguro social de saúde e isto só foi possível devido ao investimento governamental. Afirma que um importante aspecto social da equidade do seguro de saúde é que a cobertura da população, leva a mudanças no acesso à serviços de saúde. Evidenciado pelo aumento significativo no uso dos serviços ambulatoriais, preventivos e curativos.	Classifica 'equidade' em cinco dimensões: condições de saúde, cobertura social do seguro saúde, utilização de serviços de saúde, qualidade e despesas com saúde. Utilizam índices de concentração e de inequidade horizontal (HI) comparar por grupos sócio-econômicos e tipo de seguro (contributivo ou subsidiado). Analisa para cada dimensão o atingimento ou não da equidade (2003 vs 2008). Sugere que resultados em equidade talvez sejam uma maneira efetiva de medir os resultados em saúde do sistema de saúde Colombiano.

BVS/Bireme	Sisson, Maristela Chitto. (2007)	Brasil	Revisão Narrativa	Desenvolver uma reflexão sobre equidade e o modelo assistencial do Programa Saúde da Família (PSF), através de revisão baseada em autores que discutem o tema.	Relata a evolução do debate conceitual sobre o financiamento da saúde. Desde 1980, quando a agenda internacional mostrava características neoliberais, até as reformas para controlar custo, às diretrizes de universalização e financiamento público da saúde que se mantiveram até 1990. A principal diferença após as reformas foi a incorporação de "três propostas principais: a separação entre provisão e financiamento das ações de saúde; a inclusão de mecanismos de mercado por meio da competição administrada; e a ênfase na efetividade clínica.	Apresenta o PSF como um programa que se alinha a propostas preconizadas em diversos países, por organismos nacionais e internacionais, como um modelo para a reorganização da assistência à saúde. Este modelo prevê a Saúde Comunitária, Atenção Integral à Saúde, Atenção Primária à Saúde e a de Atenção Básica de Saúde. Classificados como estratégia e não como um programa.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Apresenta, na Constituição Federal, a justificativa de que a equidade em saúde é garantida pela gratuidade no 'acesso' aos serviços de saúde, o que pressupõe uma alocação de recursos e um modelo assistencial para orientar. Neste sentido, coloca o PSF como estratégia implementadora do acesso ao sistema de saúde e através da gratuidade, evita-se que qualquer situação econômica desfavorável dificulte o alcance da população ao sistema.	Considera equidade do ponto de vista de princípio de justiça social. Transporta conceitos de injustiça social para analisar as desigualdades no adoecer e no morrer, como um reflexo da estrutura social estratificada, conclui que a equidade em saúde, por mais que não seja a mesma coisa, se reflete na equidade social. Pois, também, estes diversos grupos sociais apresentam demandas diferentes entre si e que precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços em saúde.
BVS/Bireme	Lima, Sayonara Arruda Vieira; Silva, Maria Rejane Ferreira da; Carvalho, Eduardo Maia Freese de; Pessoa, Eduarda Ângela Cesse; Brito, Ederline Suelly Vanini de; Braga, João Paulo Reis. (2015)	Brasil	Estudo de Caso; Qualitativo	Analisar os elementos que influenciam o acesso aos serviços de atenção primária no município de Recife na perspectiva de profissionais e usuários. Trata-se de um estudo de caso realizado no município de Recife (Brasil), através de entrevistas semi-estruturadas com 46 respondentes.	Detalha barreiras ao acesso relacionadas com a gestão da rede, onde a influência política altera a prioridade do uso dos recursos financeiros e como consequência impacta na continuidade no cuidado, dificultando a atuação dos profissionais. Outra barreira associada à gestão é apresentada na fala dos gerentes entrevistados e está relacionada ao financiamento dos serviços na APS que tem verbas escassas.	Não é apresentada uma definição conceitual de APS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta financiada pelo poder público, que transfere recursos do Governo Federal para o municipal executá-lo. Porém, a oferta de recursos é insuficiente para atender às necessidades da população. E a efetividade é limitada pela fragmentação e porte dos recursos, que tendem a ser direcionados para locais já estruturados. Trata a questão da cobertura assistencial do SUS como um dos desafios para manter as redes regionais integradas.	A definição escolhida é apresentada na Portaria nº4.279, do MS, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Analisa o acesso através (I) da disponibilidade, (II) da comodidade e (III) da aceitabilidade. Adiciona o conceito de Aday e Anderson (1974) que possuem uma proposta de modelo comportamental sobre o uso dos serviços de saúde.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Equidade". Porém, cita a "equidade de acesso" e a eficiência dos serviços de saúde como objetivos finais das Redes Integradas dos Serviços de Saúde (RISS), e na conclusão do texto relembra o conceito de "Equidade" como um dos princípios do SUS, ao lado da universalidade e integralidade.

BVS/Bireme	Ir, Por; Jacobs, Bart; Asante, Augustine D; Liverani, Marco; Jan, Stephen; Chhim, Srean; Wiseman, Virginia. 2019	Cambodia	Estudo de Caso; Quantitativo	Investigar as práticas abusivas de financiamento da saúde e os fatores associados entre às famílias do Cambódia. Foram utilizados dados primários da pesquisa nacional de representação familiar com 5.000 casas respondentes.	Nos dados analisados, praticamente 1/3 das casas consumiu empréstimos para pagar pelo cuidado em saúde e 55% deles foi através de empréstimos emergenciais. Aproximadamente 50,6% dos empréstimos relacionados à cuidados com saúde foram para pagar os custos do atendimento ambulatorial no mês anterior. Relata que empréstimos emergenciais estão fortemente associados à pobreza. Quanto mais pobre o lar, mais provável é que ele adquira este empréstimo, caia em dívida e não seja capaz de pagar o débito devido.	Não é apresentada uma definição conceitual de APS. No Cambódia, o governo financia um serviço de saúde público, porém ainda há desembolso pelos pacientes que o utilizam. Também há o sistema de saúde privado, onde a população pode acessar pagando diretamente ou através dos seguros de saúde. Adicionalmente, existem os Health Equity Funds (HEF) que são os fundos de investimento em saúde, geridos por ONGs que financiam o atendimento da população comprovadamente pobre.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Existe dificuldade de acesso à saúde pela população em decorrência de fatores financeiros. As famílias que mais recorrem ao empréstimo são as com menor renda e/ou as com um grande número de moradores. Outros autores citam informação consistente e similar sobre o tema na Indonésia, Vietnã, Etiópia, Índia, Nepal e Myanmar.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Equidade". O termo aparece na discussão devido aos Health Equity Funds (HEF's). Porém, o que os dados apresentam é que as famílias que detém o título de pobreza para ser utilizado via HEF, ainda experenciam situações de empréstimos.
BVS/Bireme	McMichael, Celia; Healy, Judith. 2017	Sub Região Grande Mekong - Cambódia, Lao PDR, Myanmar, Tailândia e Vietnã.	Revisão Narrativa	Examinar as necessidades em saúde, barreiras de acesso e respostas políticas para os imigrantes de fronteiras vizinhas de cinco países da "Subregião da Greater Mekong" (GMS), realizando uma revisão da literatura e pesquisa sobre a saúde do migrante e o acesso a serviços de saúde no Cambódia, Lao PDR, Myanmar, Tailândia e Vietnã.	Apresenta substancial diversidade na capacidade dos sistemas nacionais de saúde da GMS. Devido ao elevado risco de saúde que os trabalhadores correm, e sem a cobertura de saúde, existe um alto gasto do próprio bolso com saúde. Estimam que 3 a 5 milhões de trabalhadores migrem entre os países. Defende que os migrantes tem o direito à saúde, garantido pela declaração internacional de direitos humanos, a qual os países tem a obrigação de respeitar, proteger e garantir aos indivíduos sob sua jurisdição territorial, independente de nacionalidade ou origem.	Não é apresentada uma definição conceitual de APS. Destaca o acordo de entendimento, proposto pela Tailândia, com os demais países para oferecer suporte à gestão dos trabalhadores migrantes, que provê uma base financeira para acesso à serviços de saúde. Os países da região estão buscando formas sustentáveis para financiar seus sistemas de saúde. Caminham em modelos de seguros sociais de saúde, que em geral são subsidiados para os mais pobres por impostos ou por doadores internacionais. Porém, ainda há substanciais desembolsos pelo usuário.	Explora o termo através das necessidades em saúde que os migrantes apresentam, tais como doenças infecciosas, crônicas, acidentes de trabalho. O entendimento é inadequado sobre as vulnerabilidades e necessidades de saúde dos migrantes, mas está claro que este é um grande desafio. São barreiras no acesso: Restrições legais/administrativas, de idioma, de construções culturais sobre as doenças e tratamentos, de atitudes discriminatórias e à experiência limitada dos trabalhadores da saúde.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Equidade". Define, porém, Inequidades em Saúde, como "diferenças injustas e evitáveis que resultam de alguma forma de discriminação ou falta de acesso a certos recursos." ¹⁹ (p.1) Descreve o conceito de Cobertura Universal de Saúde(CUS), a partir das metas de desenvolvimento sustentável para 2030, Para atingir a CUS, os países de baixa e média renda precisarão fortalecer seus sistemas nacionais de saúde, com atenção especial à equidade em saúde.

BVS/Bireme	Ensor, Tim; Chhun, Chhim; Kimsun, Ton; McPake, Barbara; Edoka, Ijeoma. 2017	Cambodia	Revisão Narrativa	Descrever a evolução das políticas de financiamento no Cambodia e analisar os dados que ajudem a avaliar o impacto das políticas combinadas de uso da saúde pública e do gasto com saúde per capita.	Apresenta em forma de tabela as políticas e leis de financiamento do sistema desde 1996. Entre 1999 e 2004, a proporção de comunidades com alguma política de financiamento da saúde implementada subiu de 14% para 55%. Com exceções, o impacto das políticas combinadas sobre o que é pago diretamente pelas famílias não foi substancialmente diferente. Embora políticas específicas tenham objetivos diferentes, a maioria requer o fortalecimento do sistema geral de saúde - melhorando os recursos humanos, a gestão financeira, a qualidade do atendimento e os sistemas de informação.	Não é apresentada uma definição conceitual de APS. As iniciativas de financiamento existentes no país são: 1) Fee (custo) padronizado, regulado pelo Governo e pago pelo usuário direto ao serviço de saúde. 2) Terceirização de diferentes serviços. 3) Health Equity Funds (HEF), mecanismos de financiamento privado, por doadores, geridos por (ONGs) direcionado para os mais pobres. 4) Vouchers, financiado pelo HEF oferece acesso pontual sem custo. 5) Seguro saúde público, não lucrativo, e voluntário comercializado a custos baixos para membros da comunidade.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Evidencia que o modelo de HEF foi uma forma efetiva de estimular o uso de serviços (hospitalares, principalmente) pelos mais pobres, por mais que ainda existissem barreiras de acesso, reduziu o gasto com saúde do próprio bolso, o endividamento familiar e aumentou o uso dos serviços públicos de saúde. Porém, é preciso cuidado ao estimular a demanda para também garantir que a oferta seja adequada.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Equidade". Apenas se faz menção sobre a existência de evidências de que as inequidades em saúde e o acesso a serviços de saúde diminuiu nos anos analisados E isto pode estar relacionado aos mecanismos de financiamento apresentados.
BVS/Bireme	Andrade, Luiz Odorico Monteiro de; Bezerra, Roberto Cláudio Rodrigues; Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha. 2005	Brasil	Revisão Narrativa	Analisar o Programa Saúde da Família (PSF) como política de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), sua expansão na cobertura populacional e a melhoria dos indicadores de acesso aos serviços de atenção à saúde.	Disute sobre o processo de formulação e evolução do PSF no Brasil, destacando aspectos inovadores dos modelos de atenção e gestão propostos, e visualizam seu impacto na saúde da população dos municípios brasileiros, bem como citando os desafios que isto representam para a política pública de saúde. Considera que a expansão do acesso da população brasileira à APS aconteceu junto ao processo de adequação do financiamento do PSF.	Define o PSF como um modelo de APS, com foco na unidade familiar e comunitário. Apresenta uma definição de Hart, Belsey e Tarimo, de 1990, para explicar o papel fundamental da APS, que é, em suma, "a coordenação de todo o espectro assistencial em saúde", pois é na APS que são identificadas as necessidades de atendimentos especializados e se coordena a referência para outros profissionais e possibilita, dentre outros pontos, um melhor controle do desperdício de recursos.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Acesso". Indica o PSF como uma oportunidade de se expandir o acesso à APS para a população brasileira e consolida em um quadro indicadores de Acesso e Resultado, colocando como indicador de Acesso: "o percentual de cobertura vacinal para sarampo e para poliomelite" e de Resultado a taxa de mortalidade infantil. Classifica também o número de "consultas médicas SUS/habitante" como indicador de acesso.	Não é apresentada uma definição conceitual do termo "Equidade". Apresenta o termo em uma definição da Organização Panamericana de Saúde, como algo almejado na prestação de serviços de saúde. Relembra também o termo enquanto princípio norteador do SUS pela constituição de 1988, ao lado do termo acesso, hierarquização, integralidade e descentralização do planejamento, gestão e controle social.

BVS/Bireme	Zúñiga Fajuri, Alejandra. 2012	Chile	Revisão Narrativa	Defender, primeiramente, a tese que sustena os critérios de racionamento de saúde próprios da economia da saúde e que buscam maximizar os recursos escassos, só podem se aplicar em nível macrodistributivo de saúde e não no micro. E, como objetivo secundário, propor um modelo de racionamento dos recursos de saúde.	Considera que os modelos e critérios de distribuição utilitarista devem ser reduzidos no nível microdistributivo, bem como os critérios como idade e renda não sejam utilizados no momento de definir regras de acesso. No nível macrodistributivo, devem ser definidos o conjunto de serviços que um sistema nacional de saúde deva oferecer como mínimo necessário. Sugere substituir as atuais diretrizes do GES (guia chileno), por um plano básico que conceda o direito à saúde a 100% da população, em termos e condições uniformes e que sejam fornecidos sem barreiras de qualquer tipo.	Sistemas de saúde ao redor do mundo adotaram uma série de estratégias para equilibrar a equidade com o financiamento sustentável da saúde. Por exemplo, o modelo de Beveridge, com sistemas financiados através de impostos e de Bismarck, com base em seguros sociais. Sistemas de saúde podem ser classificados como 'progressivos' ou 'regressivos'. O primeiro caso, é quando a proporção de custos pagos para ter assistência à saúde cresce à medida em que cresce o recurso do beneficiário. Enquanto o modelo 'regressivo', considera exatamente o oposto.	Considera uma crença poderosa acreditar que uma sociedade justa deve perseguir uma política de acesso ao cuidado universal em saúde. Define "acesso universal" como algo que existe quando "todos os habitantes do Estado, independentemente de classe social, raça ou gênero, tem assegurado o acesso a um conjunto de produtos e serviços básicos de saúde" considerando que o Estado deve necessariamente assumir os custos para garantir um sistema de saúde de caráter universal.	Considera que há um consenso social predominante no sistema de saúde de diversos países e que incorpora dois fatores chave: 1) a saúde como um bem social, pois a maioria dos serviços não geram benefício apenas às pessoas que o recebem, mas também à sociedade e 2) A Solidariedade, que é apresentado com cinco subsídios cruzados. São eles: 1) cuidar dos saudáveis aos enfermos, 2) Homens e Mulheres, 3) Ricos e Pobres, 4) Jovens aos Velhos, 5) indivíduos e famílias.
PubMed	Bigdeli M, Annear PL. 2009	Cambodia	Revisão Narrativa	Examinar os Fundos de Investimento em Saúde (HEFs) e os seus benefícios em termos de ampliar o acesso ao serviço pela população de baixa renda.	HEFs no Cambodia foram capazes de aumentar o uso do serviço público e ampliar o acesso. Contribuíram para reduzir a inequidade em saúde. O impacto é melhor ainda quando um acordo de prestação de serviço, com um terceiro, envolvido com a comunidade, é firmado. O papel do terceiro, geralmente é exercido por ONGs ou comitês locais do HEF, ou instituições sociais ou religiosas. Autoridades de governo local também podem exercer de maneira efetiva o papel de detentoras dos HEFs.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre APS. Apresenta-se o sistema de saúde pública do Cambodia como um todo e detalha que é um sistema financiado através de três principais mecanismos. Sendo um Fundo Nacional (impostos), doadores independentes e pagamentos feito diretamente pelos usuários. Apesar de existirem estes três, 2/3 do gasto total com saúde é financiado pelo próprio usuário momento de uso.	Trata do ponto de vista de "Acesso Equitativo", fundamentada por Hardeman <i>et al</i> que classifica quatro grandes restrições para o acesso equitativo: a financeira, geográfica, de informação e intra domiciliar. Adiciona que a escassez de informação e a falta de engajamento da comunidade são grandes barreiras para o acesso equitativo. Considera que os HEFs podem endereçar barreiras: Físicas, financeiras, de qualidade, conhecimento e socioculturais.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Equidade". O termo, desassociado do conceito de "Health Equity Funds", Defende que este sistema seja ampliado e incluído em uma política de saúde forte e estruturada, de modo que seu papel seja reconhecido dentro de um sistema de proteção social eficaz e equitativo.

PubMed	Javanparast S, Windle A, Freeman T, Baum F. International 2018	Austrália	Revisão Narrativa	Examinar o escopo e potencial valor dos programas de Community Health Workers (CHWs - Agentes Comunitários de Saúde), na Austrália e os desafios envolvidos em integrá-los no sistema nacional de saúde.	Considera que CHW são, comprovadamente efetivos em países de baixa e média renda, com muitos exemplos de programas bem-sucedidos, tais como no Brasil, Iran e Indonésia. Sinaliza que há um crescimento no interesse por implementar programas de CHW para endereçar à inequidades no acesso à saúde nos grupos mais vulneráveis. Porém, restrições no financiamento dos programas de CHWs são uma limitação chave.	Apresenta o conceito da OMS para definir CHWs; Os caracteriza como membros de uma comunidade onde vivem ou trabalham, que são selecionados por e para esta comunidade, suportados e treinados pelo sistema de saúde, mas não necessariamente parte da sua organização; Através do 'Task Shifting' (transferir tarefas médicas e de outras especialidades para trabalhadores menos especializados), endereça a falta de recursos humanos, melhora o acesso e economiza recursos.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Acesso". Considera que o interesse nos programas de CHWs pelos países mais ricos, é dada a existência de inequidades no acesso à saúde pelos diferentes grupos da população e aponta a tese de que os CHWs são importantes para prestar serviço nas residências, facilitar o acesso à APS e que há forte evidência científica que os associa ao aumento do acesso à APS, da qualidade do cuidado e de resultados em saúde..	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Equidade". Considera a equidade como necessária e posiciona os CHWs como parte de uma ação coordenada e estratégica para oferecer uma oportunidade de aumentar a performance e eficiência do sistema de saúde da Austrália e melhorar a equidade e os resultados em saúde da população. Define Inequidade em Saúde, como disparidades entre grupos populacionais e que são evitáveis e injustas.
PubMed	Thomas SL, Wakerman J, Humphreys JS. 2015	Austrália	Estudo de Caso; Quantitativo	Definir os limites populacionais que regem quais serviços de APS seriam melhor oferecidos por um trabalhador que resida no local, e delinear as questões correspondentes para implementação.	Uma boa APS está relacionada a melhora de resultados em saúde, custos baixos e melhor equidade em saúde. Os princípios que sustentam a implementação de uma APS efetiva incluem a equidade; consideração dos determinantes sociais da saúde; flexibilidade, distribuição efetiva de recursos, serviços personalizados para garantir a aceitabilidade do consumidor, priorizando serviços de acordo com a necessidade e fornecendo serviços o mais próximo possível de casa.	Não apresenta, em detalhes, o funcionamento do sistema nacional de saúde da Austrália, porém apresenta um déficit relacionado ao Sistema de Saúde no âmbito rural (National Rural Health Alliance), clarificando que há um gasto acima do planejado no sistema hospitalar, devido às necessidades não atendidas na APS de moradores da zona rural. A APS precisa ser impulsionada e passar a oferecer uma série de serviços básicos para a população em áreas remotas e rurais.	Utiliza a definição de Penchansky, que descreve o acesso em cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, acessibilidade financeira e aceitabilidade. É preciso garantir que o uso dos serviços de APS seja compatível com as necessidades de saúde da comunidade. Analisa ainda que a disparidade e inequidade no acesso aos cuidados com saúde demanda uma resposta sistemática e nacional. Reforça o papel do Agente Comunitário de Saúde antes de evoluir os atendimentos para a tecnologia (tele-cuidado).	Associada 'Acesso', sua definição vem entre parênteses como: "quaisquer desvantagens evitáveis no acesso que confrontem aqueles com maiores necessidades e piores resultados de saúde devem ser tratadas como uma questão de prioridade" ²² (p.4). Adicionalmente: levar em consideração os determinantes de saúde, flexibilidade, garantia de recursos bem gastos, serviços moldados para garantir a aceitabilidade, priorização de serviços de acordo com as necessidades e oferecer serviços o mais próximo possível da residência.

PubMed	Collins E, Klein R.1980	Reino Unido	Estudo de Caso; Quantitativo	Analisar o acesso à saúde, com base no dado de 27.154 pessoas que acessaram à APS e comprovar que o critério renda não influencia na Equidade do Acesso aos serviços de APS no National Health Service (NHS), Reino Unido.	Contraria às publicações existentes na época e comprova que o NHS conseguiu atingir a equidade, em termos de acesso à APS. O que reforça que não há viés consistente contra os grupos socioeconômicos de menor renda. Os resultados também mostram que diferentes grupos socioeconômicos tem diferentes padrões de comportamento ao buscar por cuidado em saúde.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre APS e também não é detalhado como se dá o financiamento da APS neste sistema. A única menção ao tema do financiamento se dá na introdução, quando explica que a criação do NHS em 1948 foi com o objetivo, dentre outros, de garantir a equidade na distribuição e uso dos recursos. Classificam os usuários da APS através de da pergunta que indica as pessoas que falaram ou visitaram um médico nas últimas duas semanas, mas que não foi em uma visita Hospitalar.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Acesso". Aborda a questão do ponto de vista de Acesso aos Serviços de APS pelos grupos socioeconômicos diferentes e do uso do sistema por pessoas de quatro categorias de saúde: saudável, doente agudo, doente crônico sem restrições de atividade e doente crônico com restrições de atividade. Apresentam os dados intitulados "Uso de serviços da APS por grupos de saúde", e o grupo que teve o menor índice de acesso (uso) à APS foi o de pessoas saudáveis.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Equidade". Declara a abordagem da questão da 'Equidade', em termo de acesso à APS, explicando que contrariamente à publicações anteriores, não foi encontrada na análise qualquer viés no acesso à APS contra os grupos de menor renda. Utiliza a classificação de grupos socioeconômicos como ferramenta para mensurar a equidade. Ao final, apresenta entre parênteses o que parece ser considerado o princípio da equidade na publicação, que é o acesso igual para quantidades iguais de morbidade.
PubMed	Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque JF, Gunn J. 2016	Canadá & Austrália	Estudo de Caso; Qualitativo	Identificar maneiras inovadoras de melhorar o acesso à APS pelas populações vulneráveis e esclarecer quais elementos dos sistemas de saúde, organizações ou serviços e habilidades dos pacientes ou população precisam ser fortalecidos para atingir uma mudança transformadora.	Identifica uma série de inovações para melhorar o acesso à APS. Como resultado do estudo, apresenta uma análise cruzando as informações sobre as iniciativas relatadas e o conceito de acesso apresentado por Levesque et al e conclui que iniciativas semelhantes para melhoria do acesso foram relatadas em diversos países, evidenciando que é possível que todos estejam sofrendo com problemas de acesso parecidos, mesmo considerando os contextos específicos.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre APS e também não é detalhado como se dá o financiamento da APS neste sistema. Analisa uma APS forte é fundamental para melhorar a saúde da população, mesmo que os serviços de APS nem sempre seja acessível A maioria das iniciativas para melhorar o acesso à APS, reportadas na pesquisa são financiadas pelo governo (76,8%), e que por volta de um terço recebem financiamento de ONGs.	Define acesso como a oportunidade ou a facilidade com que os consumidores e comunidades podem utilizar os serviços de saúde de maneira apropriada e equivalente à suas necessidades de saúde. Utiliza a estrutura proposta por Levesque et al, que leva em consideração aspectos sociais e de saúde do acesso, dentro de uma perspectiva de equidade. Resume em uma tabela cada uma das definições das dimensões de acesso proposta por Levesque et al.	Apresenta a equidade no acesso à APS como um importante determinante social da saúde e a considera uma estratégia para lidar com a desigualdade em saúde. Relata que a APS, como um todo, tem a responsabilidade de promover a equidade na saúde como parte de seu compromisso social. Isto é, desenvolver intervenções que apoiem o acesso por meio de acordos justos com base no acesso igualitário aos cuidados de saúde para todos com necessidades iguais.

PubMed	Nagpal S, Masaki E, Pambudi ES, Jacobs B.2019	Lao PDR	Estudo de Caso; Quantitativo	Detalhar os efeitos dos programas gratuitos de Maternidade e Cuidado Infantil (MCH) em equidade para informar de maneira consolidada. Oferecer uma análise detalhada dos efeitos dos programas gratuitos de MCH, com foco em centros de saúde.	Apresenta uma série de dados que apontam para grandes desigualdades persistentes no acesso e na proteção financeira da população e que precisam ser resolvidas. Há diferenças significativas na utilização de serviços de saúde quando considerada a classe econômica e a etnia. Além disso, consideram que em uma perspectiva de equidade, a iniciativa MCH não atingiu todo o seu potencial.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre APS. O Governo desenvolveu programas de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil e ampliou os serviços gratuitos de MCH de 2013 a 2015. A essência desta iniciativa foi transferir as taxas de uso e outras despesas, que eram pagas do próprio bolso pelas famílias, por pagamentos feitos pelo governo ou doadores. Só em 2016, surge o Seguro Nacional de Saúde (NHI). Porém, apenas 33,2% do gasto total em saúde no país é feito pelo Governo. O Gasto do Próprio Bolso responde pelo maior mecanismo de financiamento do gasto com saúde.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Acesso". Considera que mesmo quando os serviços estão disponíveis e acessíveis, ainda existem significativas barreiras de acesso: informações adequadas, transporte entre outros. Sistemas fortes de monitoramento são necessários para rastrear a cobertura de serviços essenciais, avaliar o grau de proteção contra riscos financeiros, especialmente entre os pobres e vulneráveis, para compreender as causas das despesas de saúde empobrecedoras. Assim, será possível informar ao governo sobre quais as melhorias necessárias.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Equidade". Na perspectiva da equidade, a iniciativa MCH não atingiu seu potencial total. Várias pesquisas, mostraram que: a proteção financeira não foi alcançada, a equidade não melhorou e que a prontidão para prestar o serviço (do lado da oferta) era inadequada em ambientes considerados pobres. Reforça "uma importante questão de política de saúde: o atendimento gratuito no local do parto por si só não equivale à cobertura universal de saúde.
PubMed	Araújo GT, Caporale JE, Stefani S, Pinto D, Caso A.2011	América Latina: Argentina, Brasil, Colômbia e México	Revisão Narrativa	Apresentar análises feitas por especialistas em equidade no acesso à cuidados em saúde na Argentina, Brasil, Colômbia e México.	Argentina: Precisa ampliar a equidade no acesso focando em: 1) melhorar a capacidade, estrutura e gestão e 2) disseminar a prática da análise baseada em evidências. Brasil: só será possível quando inverter o raciocínio atual de distribuir recursos insuficientes para as reais necessidades. Colômbia: Oferecem seguro saúde para os pobres. México: A garantia do direito aos cuidados em saúde vem pela Constituição, porém ainda não foi possível.	Argentina: Público, financiado por impostos e um valor mínimo no uso. O seguro social, financiado pelo trabalhador e empregador. Privado: planos de saúde prépagos. Brasil: Público, financiado por impostos e privado, para quem possui seguros de saúde. Colômbia: financiado por impostos e contribuição solidária de trabalhadores. México: Instituto de Seguridade Social: seguro obrigatório dos trabalhadores, financiado por contribuições dos empregadores, fundos federais e trabalhadores. E seguro popular do MS.	Depende da perspectiva pela qual é avaliado. Na do paciente, acesso é receber o melhor tratamento, da melhor opção terapêutica e ao menor custo possível, ou sem custo, em um sistema público. Para o médico, significa serviço para todos os pacientes, que vão ao encontro das necessidades de tratamento que eles apresentam. Para os fabricantes de tecnologia, acesso seria oferecer tecnologias inovadoras que podem beneficiar os resultados em saúde dos pacientes.	Carregada no título do artigo, a Equidade é definida como a habilidade de reconhecer, de maneira imparcial, o direito individual, com um senso de justiça e imparcialidade como seus princípios orientadores. Portanto, do ponto de vista social, equidade de acesso significa direitos iguais à informação e à recursos que estão disponíveis.

PubMed	Bin Juni MH. 1996	Malásia	Revisão Narrativa	Revisar e analisar a experiência do sistema de saúde da Malásia, com foco no desempenho do sistema em relação ao acesso e equidade.	O sistema de saúde da Malásia conseguiu atingir com custo baixo, de forma virtual, acessível e equitativa toda a população, comprovando a melhoria dos resultados em saúde. Investe cerca de 3% do GDP em saúde, a Tailândia (5%) e Coréia do Sul (6,6%). Todos têm o direito de usar os serviços públicos, mas existe o sistema privado em paralelo que está disponível para quem puder pagar. Porém, dados os benefícios dos trabalhadores, priva o público dos melhores profissionais.	O cuidado básico de saúde é oferecido desde 1957, em uma base de oito serviços gratuitos que compõem a APS, para a população que não pode pagar. Porém, é um sistema misto de privado, para quem pode pagar, sendo uma forma de compartilhar a demanda do público, que oferece uma série de serviços fortemente subsidiados. Na área rural e nas clínicas ele é gratuito, porém em centros urbanos e hospitais, há um custo nominal estabelecido para desencorajar a população de pular etapas no sistema de referenciamento.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Acesso". Considera o acesso e a equidade dos serviços de saúde são preocupações do Governo. A estratégia é voltada para a prestar atenção básica por meio de uma rede de instalações físicas, priorizando as áreas rurais. Denomina "Acesso e utilização de serviços", para evidenciar a cobertura populacional dos serviços, consolidando em uma tabela com o número de atendimentos ambulatoriais entre os anos 1985 e 1993.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Equidade". Detalha o funcionamento do setor privado, que é concentrado em áreas mais populosas do país, onde possam maximizar os lucros enquanto o Governo, por outro lado, pode se preocupar com problemas de equidade, e assim, continuar a reduzir as diferenças no oferecimento de serviços e instalações de saúde. Reconhece que a equidade deve ser combinada com o aumento da eficiência e qualidade dos serviços.
PubMed	Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. 2019	Nova Zelândia	Estudo de Caso; Quantitativo	Examina os padrões de engajamento do paciente nos serviços de clínico geral (GP) em uma perspectiva geográfica.	Resultados comprovam que ~68% dos pacientes não foram ao serviço de APS mais próximo da sua casa, procurando atendimento em outro mais distante. Os preditores para tal decisão foram: residir na zona rural, etnia do paciente, idade do paciente, baixa renda, gênero, distância da clínica de APS mais próxima, disponibilidade clínica em horário pós-expediente, médico e enfermeira em tempo integral. Compreender a relação entre geografia e acesso à serviços de saúde, pode levar a um melhor entendimento sobre equidade em sistemas de saúde.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre APS. O financiamento da saúde pelo Governo da Nova Zelândia é distribuído entre os Grupos Distritais de Saúde (DHBs), conforme o tamanho da população e características demográficas de cada região. Os DHBs são responsáveis por alocar os recursos para organizações de APS. A maioria da população está inscrita em uma destas organizações, o que reduz os custos de visita a médico, prescrições de medicamentos e outros benefícios. Porém, é comum a prática de um co-pagamento para pacientes acima de 14 anos.	Utiliza o conceito de acesso proposto por Penchansky e Thomas: acessibilidade financeira, acomodação e aceitabilidade dos serviços como dimensões, não-espaciais, essenciais do acesso, juntamente a disponibilidade e acessibilidade do serviço. E cita as habilidades dos indivíduos para acessar e interagir com o sistema. Pondera que a suposição de que os pacientes irão usar os serviços mais próximo de casa pode estar errada. Mensurar com índices de proximidade da residência pode criar uma representação enganosa de acesso e que não reflete a realidade de interação dos pacientes com o sistema.	Apresenta o conceito na perspectiva de Inequidades em Saúde, descrevendo-as como sistemáticas, evitáveis e injustas diferenças em saúde, causadas por diferentes oportunidades de acesso e exposição à determinantes sociais como pobreza, moradia e o próprio sistema de saúde. Atingir equidade em saúde, depende de eliminar as desvantagens além do que está no controle do indivíduo. Garantir a equidade na APS é um passo crítico, e é preciso cuidado ao mensurar para não dar a falsa impressão de equidade na distribuição dos serviços.

PubMed	Ir P, Horemans D, Souk N, Van Damme W. 2010	Cambodia	Estudo de Caso; Quantitativo	Avaliar a eficácia dos Vouchers em Saúde e dos Fundos de Investimento em Saúde (HEFs) na melhoria do acesso à parteiras qualificadas por mulheres pobres, em três distritos rurais do Camboja.	O financiamento da saúde através de vouchers e fundos de investimento em saúde (HEFs) são um mecanismo utilizado para endereçar e reduzir a mortalidade materna. Os 'vouchers' e os fundos de investimento em saúde (HEFs) são mecanismos de financiamento para melhorar o acesso à serviços de saúde pelos mais pobres. Resultados comprovam que o número de partos em instalações de saúde aumentou de 16,3% em 2006 para 44,9% em 2008, após a introdução vouchers e HEFs, considerando também os partos pagos por conta própria.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre APS. Foi inserido no modelo de financiamento à saúde do Camboja um sistema complementar, utilizando vouchers e HEFs. Todas as unidades de saúde pública recebem medicamentos e suprimentos gratuitos do governo, que paga também o salário dos funcionários e envia um orçamento para despesas de funcionamento (representando cerca de 60-70% dos custos totais). Os vouchers começaram em 2007 para melhorar o acesso a partos seguros por mulheres pobres. São considerados um mecanismo de financiamento do lado da demanda, subsidiando diretamente o consumidor, promovendo o acesso aos serviços públicos de saúde, em países de menor renda.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Acesso". Estudos prévios, realizados no país, identificaram uma série de barreiras de acesso relacionadas à distância, custos, qualidade do cuidado, conhecimento dos usuários e práticas socio culturais. Os vouchers, utilizados para garantir o acesso a parteiras profissionais e obstetria emergencial são duas intervenções prioritárias e fundamentais para prevenir a mortalidade materna. Os 'vouchers' de saúde são um mecanismo de financiamento para subsidiar o preço de serviços de saúde que aumentam imediatamente a possibilidade de acesso e utilização destes serviços e produtos.	Não é apresentada uma definição conceitual sobre o termo "Equidade". O termo aparece apenas relacionado ao Fundo de Investimento em Saúde (Health Equity Fund)
--------	---	----------	------------------------------	--	--	---	---	--

Discussão

Os autores aqui analisados descrevem uma série de modelos de financiamento, análises históricas e incentivos à atenção primária à saúde, em sistemas nacionais de saúde. Por sua vez, tão diverso quanto os modelos apresentados, é a adoção dos conceitos de acesso e equidade abordados.

Financiamento da atenção primária à saúde em sistemas nacionais de saúde

Os modelos de financiamento apresentados variam entre os países analisados. Fajuri¹⁵, em seu estudo se depara com desafio semelhante a este e faz uso dos conceitos de financiamento propostos por Beveridge e Bismarck para agrupar os países analisados. O primeiro modelo, propõe que os sistemas nacionais de saúde sejam financiados por impostos, como é o caso do Reino Unido, Irlanda, Espanha, Grécia e Portugal e o segundo, de Bismarck, seria um modelo financiado por seguros sociais para a saúde, como é o caso de países como Áustria, Alemanha, Bélgica, França e Suíça, por exemplo. Analisando as publicações aqui apresentadas podemos classificar dentro desta lógica, países como Brasil²⁶, Colômbia²⁶, Chile¹⁵, e Austrália^{11,22} se aproximam mais do modelo de Beveridge. E os países da Sub-região do Grande Mekong ¹⁹ (Cambodia, Lao PDR, Myanmar, Tailândia e Vietnam) se aproximam mais com o modelo de Bismarck. Contudo, esta classificação apresentada aqui é passível de controvérsias, sendo também importante ressaltar que na prática, nenhum destes modelos aplicados hoje impede a coexistência com outros modelos de financiamentos.

No Brasil, por exemplo, Araújo et al²⁶ relatam a existência de um sistema de saúde público, universal, regulado, gerido e financiado pelo Governo, disponível para todos os brasileiros, sem exceção e um sistema privado que oferece uma cobertura adicional, com diferentes serviços, aos que aderiram à seguros de saúde privados (que também são regulados pelo Governo). Serapioni e Tesser³⁰ ao analisarem o sistema de saúde brasileiro ante a tipologia internacional, concluem que o sistema brasileiro é misto/segmentado, pois possui muitos aspectos beveridgeanos, poucos bismarckianos e adiciona um novo modelo chamado de smithianos, baseado na teoria de Adam Smith, e inserido aqui devido à presença de seguros privados voluntários no sistema brasileiro.

Nesta linha, a Argentina²⁶, também se enquadraria como um modelo misto. O país possui um sistema de saúde tripartite (público, seguro social e privado), sendo que o público, apesar de ser financiado por impostos, pode cobrar um valor mínimo no momento de uso. O seguro social, por sua vez, é financiado por contribuições compulsórias feitas pelos trabalhadores e pelos empregadores e por fim, o privado, que é organizado através de planos de saúde pré-pagos. A Índia⁹, por sua vez, segue, constitucionalmente a lógica do estado garantidor da saúde, onde o governo deveria, conforme manda a constituição, fazer provisões financeiras para a promoção do bem-estar da população, do aumento dos níveis nutricionais e do padrão de vida. Porém o governo gasta apenas 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, o que é muito pouco, levando a aumentar os gastos individuais das famílias com itens como medicamento, que poderiam ser subsidiados, por exemplo.

Ensor et al¹³ apresentam uma análise detalhada da evolução histórica do sistema e financiamento da saúde do Cambodia e adicionalmente, trazem luz a uma modalidade de financiamento que é considerada complementar, explicando que o sistema nacional de saúde do Cambodia é composto por três formas diferentes de financiamento,

sendo a primeira o próprio governo através de um serviço de saúde público, porém onde ainda há desembolso pelos pacientes que o utilizam. A segunda forma, diz respeito ao sistema de saúde privado, onde a população pode acessar pagando diretamente ao serviço ou através de um seguro de saúde. E a terceira forma, para suprir uma demanda que estes primeiros não cobrem, foram criados os Health Equity Funds (HEF) que são fundos de investimento em saúde, geridos por organizações não governamentais que financiam o atendimento em saúde específico da população que é comprovadamente pobre. Outras publicações^{13,20,29} detalham e analisam o mecanismo e seu benefício no que tange o acesso e a equidade para a população.

Em geral, a maioria das publicações analisadas reforça a importância da APS como estratégia efetiva para prover acesso à saúde, porém não detalha modelos de financiamento específicos para a APS. Contudo, é possível destacar três artigos que descrevem iniciativas de financiamento à APS de forma mais apurada: 1) o caso dos HEFs, no Cambódia, onde autores^{13,18,20,29} detalham o mecanismo de Vouchers, pelo qual possibilita o efetivo acesso à atendimentos da APS por grupos específicos. 2) McMichael e Healy¹⁹ que compilam em uma tabela os diferentes esforços e ações realizados pelos países da Sub-região do Grande Mekong, especificamente para oferecer atendimentos de APS à imigrantes. 3) Juni e Hanafiah²⁷ relatam que na Malásia o cuidado básico de saúde é oferecido à população através de uma base definida de oito serviços que compõem a APS e que são oferecidos gratuitamente para a população que não pode pagar.

Ademais, são apresentadas diferentes iniciativas, estratégias e programas com foco na APS, tal como a Estratégia Saúde da Família no Brasil^{14,16} e o programa de Agentes Comunitários de Saúde na Austrália²¹ - existente também no Brasil -, que são programas que atuam de maneira mais próxima da população através de profissionais da comunidade. Díaz¹⁰ analisa a APS, como uma estratégia que não deve ter apenas um compromisso curativo, mas também preventivo e social, devendo atuar sobre a fragmentação entre os diferentes níveis de atenção, bem como oferecer continuidade assistencial coordenada entre eles, especialmente entre a APS e a atenção especializada. Por este motivo, considera que a APS deve ser a principal maneira de entrar no sistema de saúde argentino. Porém, pondera que ainda este objetivo está longe de se realizar, sendo importante gerar ações conjuntas e coordenadas com uma alocação eficiente dos gastos.

Garantia do Acesso e Equidade

Com graus diferentes de exploração destes conceitos, poucos autores (9) o fazem, e, conforme Araújo et al²⁶ explicam, o acesso à saúde, tem variáveis que dependem da perspectiva pela qual ele é avaliado.

Singh e Chokshi⁹, e outros autores^{15,19,26,27} descrevem a saúde enquanto direito, garantido e assegurado pelo artigo 25 da declaração universal de direitos humanos e, pela constituição de alguns países, tais como o Brasil²⁶, México²⁶, Chile¹⁹ e Índia⁹, por exemplo. E pontuam que reconhecer a saúde como um direito “é requisito primário para elaborar, desenvolver e executar políticas de saúde relevantes, programas efetivos, produtos de qualidade e serviços eficientes disponibilizados a todos, levando, assim, à realização do princípio da universalidade”⁹ (p.24)

Nesta perspectiva, o acesso, conceituado por Fajuri¹⁵ aborda o ponto de vista de **acesso universal**, como algo que existe quando "todos os habitantes do Estado, independentemente de classe social, raça ou gênero, tem assegurado o acesso a um conjunto de produtos e serviços básicos de saúde" (p.222), considerando que o Estado deve necessariamente assumir os custos para garantir um sistema de saúde de caráter universal.

Richard et al²⁴ consideram que, "em geral, acesso pode ser definido como a oportunidade ou a facilidade com que os consumidores e comunidades podem utilizar os serviços de saúde de maneira apropriada e proporcional às suas necessidades de saúde" (p.2), uma definição que é corroborada por outros autores^{11,22,,26,28}, como por exemplo Corscadden et al¹¹ que consideram que "o acesso começa quando os pacientes ou consumidores identificam as necessidades e só acaba quando eles recebem um tratamento que contribua positivamente para a sua saúde e bem-estar" (p.223).

Vale destacar duas definições de acesso que sobressaem às demais apresentadas. A primeira é a que Corscadden et al¹¹ e Richard et al²⁴ utilizam. Ambos empregam o conceito apresentado em 2013 por Levesque et al³¹, que é resultado de uma síntese da literatura publicada sobre o conceito de acesso à cuidados em saúde e que concluiu sintetizando uma classificação de acessibilidade em cinco dimensões do ponto de vista do serviço, e cinco habilidades correspondentes pelo lado da população. Detalham que as barreiras no acesso podem acontecer dado os atributos do serviço ou habilidades da população¹¹. A definição de Levesque et al³¹, seria em tradução livre, os atributos do serviço: acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e acomodação, capacidade de ser pago e adequação. E as habilidades que são resultado de uma síntese da literatura publicada sobre o conceito de acesso à cuidados em saúde, da população, correspondentes: capacidade de perceber, procurar/buscar, alcançar, pagar e engajar/envolver.

Whitehead²⁸, adota o conceito de Penchansky e Thomas³², que é parecido com o modelo de Levesque et al³¹, e que inclusive é trabalhado na revisão de Levesque. A definição de Penchansky e Thomas³², de 1981, considera como dimensões não-espaciais, essenciais do acesso: a acessibilidade financeira, acomodação e aceitabilidade dos serviços, disponibilidade e acessibilidade do serviço. Complementa que é importante considerar não só os atributos do serviço, mas também as habilidades dos indivíduos para acessar e interagir com o sistema²⁸.

Outras definições foram identificadas, tais como Bigdeli e Annear²⁰ que definem acesso do ponto de vista de **acesso equitativo**, fundamentada por Hardeman et al, classificam quatro grandes restrições para o acesso equitativo. Sendo elas a financeira, geográfica, de informação e intra-domiciliar. E fundamentam com outros autores que a escassez de informação e a falta de engajamento da comunidade como as maiores barreiras para o acesso equitativo²⁰. Richard et al²⁴ e Thomas et al²² também mencionam o acesso associado ao termo equidade.

Whitehead et al²⁸, porém traz luz a um problema também identificado nesta revisão. Existe uma complexidade na escolha dos indicadores para mensurar acesso. Whitehead et al²⁸ apontam que existe uma falha importante na maioria das medidas de acessibilidade, pois elas tendem a ser baseadas em locais, ao invés de baseadas em pessoas e, portanto, acabam por não considerar componentes espaciais, temporais e sociais do

acesso²⁸, e sugere que os pesquisadores considerem cuidadosamente a importância dos domínios espaciais e não espaciais na equidade de acesso e incorporarem estes componentes em medidas mais holísticas de acesso.

No que tange a **equidade**, o termo é apresentado conceitualmente por poucos autores (8), porém, como Sisson¹⁶ inicia seu texto: "Equidade é antes de tudo um princípio de justiça social" (p.86). E é nesta perspectiva que Fajuri¹⁵ explica que, ainda que os sistemas de saúde tenham as suas particularidades, existe um consenso social predominante entre os países, que enxergam a saúde como um bem social, pois a maioria dos serviços gera um benefício coletivo e não apenas individual a quem recebe. Araújo²⁶ caracteriza equidade como "a habilidade de reconhecer, de maneira imparcial, o direito de cada pessoa, com um senso de justiça e imparcialidade como seus princípios orientadores" (p.58).

Outros autores^{10,19,21}, apesar de não definirem conceitualmente a equidade em saúde, se apropriam do termo enquanto discorrem sobre inequidades em saúde. McMichael e Healy¹⁹ classificam como "diferenças injustas e evitáveis que resultam de alguma forma de discriminação ou falta de acesso a certos recursos" (p.1), semelhante a Javansparast et al²¹ que as consideram como disparidades entre grupos populacionais e que são evitáveis e injustas. Diaz¹⁰, por exemplo, sugere 6 pontos chave para solucionar as inequidades em saúde, sendo 1) garantir que todos os habitantes tenham uma cobertura formal 2) Atenção Primária como cuidado essencial de saúde 3) APS enquanto um modelo provedor 4) garantir a participação social 5) empoderar a APS 6) garantir o financiamento e investimento na APS, com atenção à distribuição dos recursos e valores cobrados para que sejam acessíveis e justos.

Demais autores^{9,11,17} apesar de não apresentarem uma definição conceitual sobre o termo equidade, fazem uso do conceito em diferentes abordagens. Seja considerando o termo enquanto princípio básico da Cobertura Universal de Saúde (CUS)⁹, ou o considerando como intrinsecamente associado ao acesso aos serviços de saúde¹⁷ e à melhoria dos resultados em saúde¹¹, ou que deve levar em consideração os determinantes sociais no momento de ser financiado ou avaliado^{10,21,24}.

É importante destacar que assim como houve pouco consenso sobre o conceito de acesso ou de equidade, também há uma diferença notável entre os índices utilizados para mensurar o acesso ou a equidade. Sisson¹⁶ afirma que, apesar dos países europeus estarem de acordo com a importância do princípio da equidade, não há consenso sobre o que isto significa. Se tornando, portanto, ao lado do acesso, uma das grandes dificuldades de se comparar o atingimento ou não destes objetivos através da mensuração.

Percebe-se que os autores^{12,13,23} empregam o termo 'acesso ao sistema de saúde' e a sua mensuração na perspectiva de uso. Collins e Klein²³, por exemplo, ao se depararem com a necessidade de identificar os usuários de APS no sistema de saúde do Reino Unido (NHS), classificam os dados de **usuários do serviço de saúde** através de uma pergunta no questionário da pesquisa realizada. A pergunta indica as pessoas que falaram ou visitaram um médico nas últimas duas semanas, mas que não foi em uma visita Hospitalar, tornando-os, por entendimento de Collins e Klein²³, usuários da APS e, em seguida, utilizam este dado para explicar o principal objetivo do trabalho que é analisar o acesso equitativo aos serviços de saúde por parte dos diferentes grupos sócio demográficos e econômicos que compõem a população. Enquanto isso, Whitehead et al²⁸, definiram a equidade espacial (Geográfica)

como uma componente chave na entrega equitativa de serviços de saúde, pois é possível mensurar a distribuição equitativa de cuidado em saúde, utilizando métricas geográficas de acesso ao serviço.

Vale destacar, dentro dos modelos de financiamento apresentados, os casos da Colômbia¹³, Brasil¹⁴ e Austrália²¹ que se mostraram, de acordo com os autores, bem-sucedidos ou minimamente capazes de melhorar os índices utilizados para mensurar a garantia do acesso e/ou a equidade.

Ruiz Gómez et al¹³ apresentam dados que comprovam significativa mudança no que tange à equidade do acesso ao sistema de saúde, após uma reforma realizada pelo governo colombiano, que, dentre outras iniciativas expandiu o seguro social de saúde (por contribuição e subsidiado), levando a uma cobertura 5,6 vezes maior da população nos anos posteriores. Sinalizam também melhoras no acesso ao sistema de saúde colombiano, do ponto de vista da equidade, para todas as classes sociais, mas especialmente para as classes com menor renda. Evidenciam, ainda, o impacto positivo na garantia do acesso e da equidade dos serviços de saúde que o financiamento governamental adequado é capaz de provocar.

Javanparast et al²¹, por exemplo detalham a estratégia de utilizar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS/CHWs) como parte de uma ação coordenada e estratégica para oferecer uma oportunidade de aumentar o desempenho e a eficiência do sistema de saúde da Austrália e melhorar a equidade e os resultados em saúde da população, inclusive em países que não são considerados de baixa renda como o Brasil. Nesse país Andrade et al¹⁴ descrevem historicamente o Programa Saúde da Família, uma iniciativa de modelo de atenção primária que mostrou grande crescimento do acesso da população brasileira às ações de saúde em nível da atenção primária, de maneira simultânea ao processo de adequação do financiamento do programa.

Porém, é importante destacar que nem todas as estratégias são bem-sucedidas. Somil Nagpal et al²⁵ descrevem a iniciativa do Governo do Laos (Lao PDR) de oferecer cuidado gratuito a mulheres grávidas. Esta foi capaz de garantir acesso, mas não equitativo, evidenciando "um importante problema desta política de saúde, pois o atendimento gratuito no local do parto por si só não equivale à cobertura universal de saúde e que as questões do sistema de saúde requerem a devida consideração" (p.i23). Este aspecto está relacionado ao pensamento de Thomas et al²² que consideram que as questões de disparidade e inequidade no acesso aos cuidados com saúde precisam de uma resposta sistemática e nacional para o tema.

Considerações Finais

Esta revisão evidencia, primeiramente que a atenção primária à saúde é um mecanismo fundamental nos sistemas nacionais de saúde. Estes podem ser financiados por diferentes e criativas maneiras, tendo a APS como estratégia norteadora, como foi regulamentada no SUS. Porém, é evidenciado também que a APS, só será efetiva e garantirá o direito universal à saúde uma vez que seja financiada adequadamente oferecendo acesso equitativo à população, de acordo com as necessidades em saúde apresentadas.

Conforme Porto⁶ sinaliza não há consenso em torno de um único conceito de equidade ou acesso. Neste sentido, torna-se necessário fomentar o embasamento teórico e conceitual dos termos quando utilizá-los, oferecendo profundidade e entendimento comum ao leitor.

Os países que indicaram melhoria nos resultados em saúde ao comparar índices de mensuração de acesso e equidade, foram os países que tiveram um amplo financiamento governamental, tal como a Colômbia¹² ao ampliar o acesso sem custo ao seguro saúde pela população mais pobre, ou da Malásia²⁷ que direcionou os recursos de maneira efetiva e, mesmo investindo relativamente menos do que os países vizinhos, obteve melhoria nos índices analisados. Porém, apenas a disponibilização indiscriminada do recurso não solucionará o problema das disparidades evitáveis e injustas entre diferentes grupos populacionais. É como sinaliza Araújo et al²⁶ que afirmam ser necessário inverter a lógica distributiva de recursos que é direcionada para programas que não endereçam as reais necessidades da população.

Claro que a solução não é simples. Providenciar estruturas de saúde, para atendimento ao público, que sejam próximas do local de moradia pode ser uma medida comum com vistas à garantia da equidade. Porém, não atentar à itens como horário de atendimento, costumes, culturas, idioma e etnias pode implicar em barreiras ao acesso. E, apesar de geograficamente próximo, o atendimento se torna inviável, tal como para os moradores da Nova Zelândia, analisados por Whitehead et al²⁸, que mostraram não haver preferência por buscar atendimento no local mais próximo de casa, evidenciando que a abordagem de acesso à luz da disponibilização de unidade de saúde mais próxima à residência tem limitações importantes.

O Brasil se destaca, ao lado de outros sistemas nacionais de saúde, com seu financiamento regulamentado e estabelecido. Apesar de diferentes mecanismos de Financiamento da APS, ao longo da história do SUS, é imprescindível levar em consideração o provimento de recursos de acordo com as necessidades em saúde, conforme preconiza a lei 141/2012. A importância é de garantir não só um financiamento adequado, mas também estabelecer índices distributivos que reflitam a realidade das necessidades em saúde da população. Neste sentido, garantir a equidade e o acesso, é garantir um financiamento desigual para necessidades desiguais e, portanto, qualquer mecanismo que não leve isto em consideração, não pode ser classificado como equitativo, pois feriria um dos princípios norteadores do SUS.

Assim, torna-se fundamental a manutenção positiva e contínua do financiamento da atenção primária à saúde enquanto modelo norteador dos sistemas nacionais de saúde, tendo como princípio a distribuição de recursos de acordo com as necessidades em saúde, garantindo acesso e equidade. Porém, ouvir a população e entender seus costumes, culturas, e etnias se mostrou fundamental para endereçar barreiras evitáveis. Contudo, executar um plano e não mensurar adequadamente os atingimentos pode incorrer em erros graves. Por isso se faz necessário fomentar a mensuração dos avanços em acesso e equidade por meio de índices confiáveis e compartilhados entre diferentes realidades, unificando o conhecimento acerca do tema.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui o programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da

Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017

2. Mendes A, Carnut L. Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde. In: XXV Encontro Nacional de Economia Política. Salvador - BA. Área I. Sessões Ordinárias, 2020. p. 1-25.
3. Kleczkowski BM, Roemer MI, Werf AVD. National health systems and their orientation towards health for all: guidance policymaking. [internet] Geneva: World Health Organization: 1984 [acesso em 2020 jul 20] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41638>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004, vol.20, suppl.2, S190-S198.
6. Porto S. M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: Piola, S. F.; Vianna, S. M. (Org.). Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 2002. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9773/1/Justi%c3%a7a%20social.pdf> Acesso em: 23 jul. 2020
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Princípios do SUS. [Publicação na web]; 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> Acesso em: 23 jul 2020
8. McPake B, Hongoro C, Russo G. Two-tier charging in Maputo Central Hospital: Costs, revenues and effects on equity of access to hospital services. BMC Health Serv, 2011 Res 11, 143.
9. Anjali S, Maulik C. A realização do direito à saúde por meio da Cobertura Universal de Saúde. Ver Dir Sanit, 2015, 15, 2.
10. Díaz C.A. Atención primaria fortalecida como principal ingreso al sistema de salud argentino. Medwave 2013, 13, 8.
11. Corscadden L et al Barriers to accessing primary health care: comparing Australian experiences internationally. Australian Journ of Prim Health, 2016, 23, 223-228.
12. Gómez F, Jaramillo T, Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003 - 2008. Rev Panam Salud Publica, 2013, 33(2) 107-115.
13. Ensor T, Chhun C, Kimsun T, McPake B, Edoa I. Impact of health financing policies in Cambodia: A 20 year experience. Social Science & Medicine, 2017, 177, 118-126
14. Andrade, L, Bezerra R, Barreto I. The Family Health Program as a basic healthcare strategy in Brazilian municipalities. Brazilian Journ of Pub Adm, 2005, 39(2), 327-350.
15. Fajuri AZ. Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile. Acta bioethica, 2012, 18(2), 221-230.
16. Sisson M. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. Ver Saúde e Sociedade, 2007, 16(3), 85-91.
17. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2015, 25(2), 635-656.
18. Ir P. et al. Exploring the determinants of distress health financing in Cambodia. Health Policy and Planning, 2019. Volume 34, Issue Supplement_1, i26–i37.
19. McMichael C, Healy J. Health equity and migrants in the Greater Mekong Subregion. Global Health Action, 2017, 10:1.
20. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. Bull World Health Organ. 2009, 87, 560-564.

21. Javanparast S, Windle A, Freeman T, Baum F. Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries?. *Int. J of Health Pol and Manag.* 2018, 7, 943-954.
22. Thomas S, Wakerman J, Humphreys J. Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia - what core services should be locally available?. *Int J Equity Health* 2015, 14, 111-119
23. Collins E, Klein R. Equity and the NHS: self-reported morbidity, access, and primary care. *Br Med J*, 1980, 281, 1111-1115
24. Richard L. et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health*, 2016. 15, 64-84
25. Nagpal S, Masaki E, Pambudi E, Jacobs B. Financial protection and equity of access to health services with the free maternal and child health initiative in Lao PDR. *Health Policy and Planning*, 2019, 34(1), i14–i25.
26. Araújo GTB, Caporale JE, Stefani S, Pinto D, Caso A. Is Equity of Access to Health Care Achievable in Latin America?. *Value in Health*, 2011, 14, Issue 5, S8-S12.
27. Juni, M.H. Public health care provisions: Access and equity. *Social Science & Medicine*, 1996, 43, Issue 5, 759-768.
28. Whitehead J, Pearson A, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realised access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural and Remote Health*. 2019, 19:5349.
29. Ir P, Horemans D, Souk N, Damme W. Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2010, 10:1.
30. Serapioni M, Tesser C. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde em Debate*, 2019, v. 43, n. spe5. 44-57.
31. Levesque JF, Harris MF, Russel G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal of Equity in Health*, 2013; 12(1): 18-27.
32. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981, 19(2): 127-140.