

Alocação de recursos financeiros e as necessidades em saúde para as populações do campo, da floresta e das águas

Autores: Eduardo Cervi Canesso; Jaqueline Vilela Bulgareli

Resumo

As populações do campo, da floresta e das águas (PCFA) são consideradas grupos vulneráveis e suas condições de vida resultam de um processo histórico de concentração de terras, exploração de recursos naturais e extermínio de povos indígenas. Apesar da existência de políticas, a alocação de recursos para atender às necessidades de saúde das PCFA é insuficiente e escassa. Este trabalho investiga se a alocação de recursos financeiros para as PCFA está sendo realizada de acordo com suas necessidades de saúde, questionando se a atual distribuição de recursos atende efetivamente a essas populações. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados de 2013 a fevereiro de 2024 nas bases BVS, PubMed e Scopus, utilizando descritores indexados. Foram identificados oito artigos que abordavam a temática, apontando uma carência de estudos que abordem a análise da alocação dos recursos financeiros na saúde das populações estudadas. Os estudos, predominantemente voltados para a população rural, evidenciam uma ampla bibliografia sobre as necessidades de saúde desses grupos, a carência de profissionais qualificados e a falta de infraestrutura adequada. As pesquisas destacam políticas públicas que resultaram em alocações de recursos financeiros para atender a essas necessidades, especialmente as de direito social constituído, como o acesso à saúde. A implementação de políticas nacionais para uma alocação equitativa dos recursos e a criação de estratégias intersetoriais e de serviços de saúde demonstraram benefícios para essas populações. Também foram identificados desafios relacionados a aspectos geográficos e culturais, além da necessidade de aprimoramento contínuo dessas políticas. Pesquisas futuras devem focar em populações menos representadas com métodos que avaliem a alocação de recursos financeiros para necessidades de saúde. Além disso, estudos centrados em contextos latino-americanos podem preencher lacunas na literatura e oferecer perspectivas valiosas para otimizar a alocação de recursos em saúde.

Introdução

As populações do campo da floresta e das águas (PCFA) são compostas por grupos e comunidades cuja forma de vida, produção e reprodução social estão profundamente entrelaçadas com a terra. Este conjunto inclui diversos segmentos da sociedade, como os camponeses, que englobam agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, além de assalariados e temporários que podem residir ou não em áreas rurais. Também fazem parte deste grupo as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas e aquelas afetadas por barragens, assim como os quilombolas e indígenas. Esses grupos habitam ou utilizam reservas extrativistas situadas em regiões florestais ou aquáticas, e suas práticas e modos de vida são fortemente dependentes dos recursos naturais disponíveis em seus territórios. Cada um desses segmentos possui uma relação única com a terra, moldando e sendo moldado por ela em suas atividades diárias e tradições culturais¹.

A realidade da população rural brasileira é resultado de um processo histórico, político e cultural, marcado pela concentração de riquezas e terras, exploração agressiva de recursos naturais, escravidão e extermínio de povos indígenas. As condições de vida dessa população se perpetuaram ao longo do tempo devido à falta de atenção a suas necessidades¹.

Reconhecidas como grupos vulneráveis, as populações do campo, da floresta e das águas (PCFA) enfrentam desafios substanciais relacionados ao acesso a serviços básicos e à proteção de seus direitos. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria N° 2.866 em 02 de dezembro de 2011, foi criada com o objetivo de atender às necessidades específicas dessas comunidades^{1,2}. A PNSIPCF busca identificar e compreender os riscos à saúde que esses grupos podem enfrentar, considerando a diversidade de suas condições de vida e os desafios associados ao seu acesso a serviços de saúde.

A política visa garantir que essas populações recebam um atendimento adequado e eficaz, promovendo a melhoria das condições de saúde e a qualidade de vida. A iniciativa abrange uma abordagem integral, levando em conta tanto as particularidades das práticas e modos de vida desses grupos quanto as barreiras que eles enfrentam para acessar cuidados e recursos essenciais. Através de estratégias direcionadas e de um entendimento aprofundado das necessidades dessas comunidades, a política busca criar condições mais justas e equitativas para o bem-estar das PCFA^{1,2}.

Dessa forma, é necessário compreender se as implantações de políticas, iniciativas ou ações as PCFA asseguram que as suas necessidades em saúde estão sendo adequadamente atendidas, a fim de evoluir em resposta a desafios emergentes.

O direito à saúde é uma conquista civilizatória do século XX no Ocidente, obtida por movimentos revolucionários europeus nos dois séculos anteriores. O fortalecimento do capitalismo e o reconhecimento e expansão dos direitos sociais viabilizou a criação dos primeiros sistemas universais de saúde em países da Europa³.

No Brasil, a reforma sanitária ocorrida durante a redemocratização na década de 1980 resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), firmado pela Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1993, que consagrou a saúde como direito constitucional de todos e dever do Estado³⁻⁵. Em outros países da América Latina, as ditaduras iniciadas nas décadas de 1960 anularam os sistemas universais existentes e priorizaram a privatização da saúde, atendendo aos interesses neoliberais³.

A recente marca de 30 anos da criação do SUS oferece a oportunidade de avaliar os avanços e os obstáculos enfrentados, sendo o subfinanciamento o principal e mais antigo desafio⁶

Governos anteriores ao golpe de 2016 discursavam a saúde como direito constitucional, mas medidas indiretas, como terceirizações de serviços e reformas trabalhistas, resultam na precarização da assistência e da saúde da população. Além disso, a Emenda Constitucional 95 (EC-95) congelou os investimentos públicos em saúde até 2036, fixando o valor das despesas de 2017 e corrigindo-o anualmente pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA), sendo considerada a forma mais agressiva de desfinanciamento em tempos recentes^{3,6}.

Todas essas medidas comprometem a universalidade e integralidade do sistema devido à alocação insuficiente de recursos para manutenção e a expansão dos serviços públicos, reforçando a narrativa de um “SUS mínimo” diante da limitação de recursos^{3,6}.

Neste cenário, a alocação de recursos no sistema de saúde brasileiro tem sido um tema em discussão desde sua concepção. Ao observar a trajetória da transferência de recursos para a saúde, é possível afirmar que nunca houve um incremento significativo nos percentuais transferidos. Por exemplo, não houve alterações no percentual do PIB gasto pelo Ministério da Saúde entre os anos de 1995 e 2015, mantendo-se na marca de 1,7%⁷.

Os critérios de rateio dos recursos passaram por modificações textuais as quais não solucionam as questões anteriores⁷. Entre elas, a Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012⁸, define no Art. 17:

“O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3o do art. 198 da Constituição Federal.”

Atr. 17 Lei Complementar nº 41 de 13 de janeiro de 2012⁸. Grifo do autor.

Isto posto, pela primeira vez leva-se em consideração as necessidades de saúde como critério de distribuição dos recursos. Embora o sistema de saúde busque organizar suas práticas a fim de responder às necessidades de saúde da população e que essa lei seja um importante avanço, é possível afirmar que não houve a implantação e utilização desse critério de rateio para a transferência de recursos da União⁷.

A elaboração de pesquisas científicas acerca das necessidades em/de saúde vem sendo desenvolvidas e debatidas dentro de diferentes contextos sociais e econômicos.⁹ Uma revisão sistemática recente¹⁰ se propôs a “revisar as necessidades em(de) saúde, suas implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde”, categorizando os resultados em três núcleos de sentido: Direito social constituído; Conjunto articulado da efetividade dos direitos sociais e; Ajuste entre as condições de vida e trabalho, com a diversidade inerente às coletividades¹⁰.

O primeiro núcleo agrega estudos que entendem que necessidades em(de) saúde são um direito social, sob uma ótica integral de ações de bem-estar e de justiça social e que “...implica, entre outros fatores, a garantia de trabalho, alimentação, moradia, transporte, lazer e a participação da população na organização, na gestão e no controle dos serviços, além de acesso universal e igualitário em todos os níveis”. O segundo núcleo corrobora com os itens do primeiro, mas esse agrupamento foca em posicionar o setor de saúde como insuficiente para sozinho responder pelas necessidades em(de) saúde, e questiona se efetivamente o direito à saúde se concretiza na realidade dos indivíduos. O último núcleo de sentido agrupa compreensões de que as necessidades (em)de saúde estão condicionadas às características regionais, sociodemográficas, culturais, condições de vida, acesso à bens e serviços. Nesse contexto, entende-se que existe uma diversidade e singularidade das necessidades em(de) saúde e que essa heterogeneidade está

intimamente relacionada à reprodução social dos indivíduos a qual exige organização e compreensão a nível local por parte da cadeia da gestão de serviços de saúde¹⁰.

Diante desses cenários, responder às necessidades em saúde da PCFA é um grande desafio. Em um país de grandes desigualdades, é preciso reconhecer a necessidade de formular estratégias e políticas que promovam a equidade na distribuição dos recursos. Com isso, diversas políticas nacionais foram constituídas a fim ordenar e institucionalizar estratégias que promovam as ações a grupos populacionais minoritários e vulneráveis.

Considerando o contexto em que estão inseridas as Populações do Campo da Floresta e das Águas (PCFA), é fundamental destacar a abordagem da alocação e gestão dos recursos de saúde destinados a essas comunidades.

No Brasil, o financiamento das ações e serviços públicos de saúde é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde. A Portaria de Consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017 estabelece as normas de financiamento e transferências de recursos federais para ações e serviços do Sistema Único de Saúde¹¹, e estão descritas as formas de custeio do componente da Atenção Primária à Saúde (APS) e do componente da Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC).

O componente da APS possui um histórico de alterações recentes. Por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹² foi instituído o Programa Previne Brasil que alterou drasticamente o modelo de financiamento da APS, definindo o custeio em três componentes: Capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. As transferências federais para a APS foram alteradas, incluindo a extinção do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), com a intencionalidade de fortalecer o componente de Capitação Ponderada que trouxeram diversas barreiras e métricas que incentivavam uma APS pautada no cadastramento de usuários, tirando o enfoque comunitário da Atenção Básica, fomentando uma assistência voltada a produção^{13,14}. A Portaria nº3.493, de 10 de abril de 2024¹⁵ revogou a normativa acima e estabeleceu novos componentes de financiamento, incluindo recursos fixos para manutenção e implantação de equipes de saúde, de vínculo e acompanhamento territorial, qualidade de serviços e ações baseadas na população. Espera-se que a transferência de recursos seja mais equitativa e sensível às necessidades locais, uma vez que o repasse ao município estará condicionado ao seu Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e no porte populacional, utilizando o Indicador de Equidade e Dimensionamento (IED).

A Seção IX da Portaria de Consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017 não passou por alterações e aponta o incentivo a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), ambas de interesse a nossa análise. Os valores e critérios específicos de o repasse são o incentivo mensal de R\$13.920,00 para cada eSFR cadastrada e um único incentivo de R\$20.000,00 para novos cadastros. Para as UBSF, estão previstos incentivos de R\$80.000,00 para unidade sem consultório odontológico e R\$90.000,00 para unidades com o consultório odontológico. Cabe ressaltar que esses são valores acrescidos aos montantes relacionados aos outros itens da portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019^{11,12,16,17}.

Dentro do componente da MAC, a seção II regulamenta os incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. O Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) fica disponível para equipamentos de saúde que estejam integrados a rede de referência para a população indígena beneficiada, sendo eles descritos na Portaria de Consolidação nº6, Art. 276¹¹:

“Art. 276. Poderão ser habilitados ao recebimento do IAE-PI:

I – estabelecimentos hospitalares que prestam serviços especializados e de apoio diagnóstico ao SUS, públicos ou privados sem fins lucrativos, incluídos os hospitais universitários;

II – unidades mistas;

III – policlínicas que prestam serviço ao SUS, públicas ou privadas sem fins lucrativos;

IV – Centros de Especialidades Odontológicas - CEO;

V – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD; e

VI – Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.”

Portaria de Consolidação Nº6, de 28 de setembro de 2017. Editado pelo autor no qual todos os incisos apresentam o descrito a seguir: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)¹¹

Para os equipamentos relacionados aos incisos I, II e III, cadastrados poderá ser aportando mensalmente um valor fixo de R\$7.500,00 se ao menos 15 pessoas indígenas forem atendidas, sendo incrementadas conforme faixas quantitativas, restrito ao teto de 167 pessoas, que atinge um valor de R\$83.500,00. Além disso, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) recebem incrementos percentuais sobre o valor base de custeio mensal, considerando a mesma lógica do item anterior, mas em quantitativos de pacientes atendidos diferentes, iniciando por 20 pessoas indígenas atendidas, haverá um incremento de 25% sobre o custeio mensal, sendo teto desse incremento é em 50% quando há ao menos 201 atendimentos à essa população no mês. Os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRDP) também são considerados nas modalidades de incentivo descritas no art.281: “O valor do IAE-PI destinado aos LRPD será obtido a partir de incrementos percentuais sobre o valor de 50 (cinquenta) próteses”, a qual segue a lógica de faixas de

próteses produzidas em pacientes indígenas, havendo incremento de 30% a partir de 5 próteses e com limite de 50% quando se passa 51 próteses. Além disso, receberá o dobro os LRDPs que realizarem no mínimo 50% de sua produção em terras/territórios indígenas. Por último, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) também é contemplado no IAE-IP, o qual considera um percentual fixo do valor do custeio mensal do equipamento de saúde a depender do seu nível e um incremento qualitativo de 10% do valor da adesão por objetivo da IAE-PI, limitando-se a nove.

Diante o exposto das necessidades em(de) saúde como critério de alocação de recursos que são insuficientes e escassos, é imprescindível compreender as necessidades em saúde dessa população e questionar-se se a atual alocação de recursos está destinada a ações que visem sanar a essas questões. Dessa forma, esse trabalho tem por objetivo analisar, por meio da revisão de literatura, sobre a alocação de recursos para os povos do campo, da floresta e das águas em função das necessidades em saúde.

Metodologia

As seguintes etapas foram realizadas para elaboração desta revisão integrativa: escolha do tema; seleção das variáveis do estudo; seleção das bases de dados; definição de descritores; elaboração da estratégia de busca e; aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Foram selecionadas três bases de dados: BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (<https://bvsalud.org/>); Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>); e Scopus (<https://www.scopus.com/>).

Com base na pergunta de pesquisa e no objetivo do estudo, foram identificados polos orientadores e selecionados descritores indexados na plataforma Descritores em Ciência da Saúde (<http://decs.bvs.br/>) e *Medical Subject Headings* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) como palavras-chave para a busca sistematizada na literatura. Os polos foram definidos em: 1) fenômeno: necessidades em saúde 2) população: povos do campo, da floresta e das águas 3) contexto: alocação de recursos.

A fim de retornar artigos de maior relevância com a temática e considerando as bases selecionadas, utilizamos os descritores cadastrados nas bases de dados que melhor se comunicam com elas. Para a BVS, utilizou-se descritores cadastrados na DeCS e para a PubMed utilizamos a “MeSH - Medical Subject Headings”. A base Scopus não indexa seus artigos por meio de termos estruturados e específicos e, para esse estudo, utilizou-se os termos DeCS para restringir o uso de descritores livres, padronizando as estratégias de

busca. Além disso, foram utilizados termos no idioma inglês a fim de abranger a maior quantidade e diversidade de artigos. Os descritores utilizados por polo de pesquisa podem ser contemplados no quadro abaixo:

Polo de interesse		Termos utilizados	
		DeCS	MeSH
Conceito	Necessidades em Saúde	Health Services Needs and Demand; Diagnosis of Health Situation; Needs Assessment; Health-Disease Process; Health Status	Diagnosis of Health Situation; Health Services Needs and Demand; Health Status Indicators; Health Status Disparities
População	Povos do campo, das florestas e das águas	Ethnic and Racial Minorities; Health of Ethnic Minorities; Health of Indigenous Peoples; Indigenous Peoples; Mental Health in Ethnic Groups; Minority Health; Rural Health; Vulnerable Populations	Rural Health; Indigenous Peoples; Vulnerable Populations; Ethnic Groups; Racial Groups; Health Disparate Minority and Vulnerable Populations
Contexto	Alocação de recursos	Financing, Government; Resource Shortage for Health; Rawls's Criteria for Resource Allocation; Economies of Scale in Healthcare; Financial Resources in Health; Health Expenditures; Investments; Catastrophic Health Expenditure; Costs and Cost Analysis; Economics; Equity in the Resource Allocation; Financing per capita; Fiscal Priority in Health; Health Care Costs; Health Care Economics and Organizations. Health Care Rationing; Health Expenditure per capita; Health Fund Health Resources; Health System Financing; Healthcare Financing; Public Expenditures; Public Expenditures on Health; Public Expenditures on Health; Resource Allocation	Resource Allocation; Health Care Rationing; Costs and Cost Analysis; Economics; Health Care Costs; Health Care Economics and Organizations; Health Care Rationing; Health Expenditures; Health Resources; Healthcare Financing; Investments; Public Expenditures

Quadro 1 Síntese dos descritores de acordo com cada base de dados.

Por meio desses descritores, as sintaxes de pesquisa foram confeccionadas seguindo as regras de busca de cada base de dados, utilizando-se dos operadores booleanos “OR” para unir termos de um mesmo polo e o operador “AND” para unir os artigos dos três polos. É importante ressaltar que as buscas foram realizadas utilizando-se do artifício de localizar os termos no título, resumo ou artigo para as bases “BVS” e “Scopus”, enquanto para a PubMed, utilizamos o campo All Fields (todos os campos). A busca foi realizada no dia 27 de fevereiro de 2024.

As sintaxes finais e a quantidade de artigos que resultaram desta busca estão detalhadas no quadro 2 abaixo.

Base de dados	Sintaxe Final	Resultados
Biblioteca Virtual em Saúde - BVS	((("Diagnosis of Health Situation") OR ("Health Services Needs and Demand") OR ("Health Status") OR ("Health-Disease Process") OR ("Needs Assessment"))) AND ((("Ethnic and Racial Minorities") OR ("Health of Ethnic Minorities") OR ("Health of Indigenous Peoples") OR ("Indigenous Peoples") OR ("Mental Health in Ethnic Groups") OR ("Minority Health" OR "Rural Health") OR ("Vulnerable Populations")) AND ((("Catastrophic Health Expenditure") OR ("Costs and Cost Analysis") OR ("Economics") OR ("Economies of Scale in Healthcare") OR ("Equity in the Resource Allocation") OR ("Financial Resources in Health") OR ("Financing per capita") OR ("Financing, Government") OR ("Fiscal Priority in Health") OR ("Health Care Costs") OR ("Health Care Economics and Organizations") OR ("Health Care Rationing") OR ("Health Expenditure per capita") OR ("Health Expenditures") OR ("Health Fund") OR ("Health Resources") OR ("Health System Financing") OR ("Healthcare Financing") OR ("Investments") OR ("Public Expenditures") OR ("Public Expenditures on Health") OR ("Public Expenditures on Health") OR ("Rawls's Criteria for Resource Allocation") OR ("Resource Allocation") OR ("Resource Shortage for Health"))	1.144 resultados
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Diagnosis of Health Situation") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Services Needs and Demand") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Status") OR TITLE-ABS-KEY ("Health-Disease Process") OR TITLE-ABS-KEY ("Needs Assessment")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Ethnic and Racial Minorities") OR TITLE-ABS-KEY ("Health of Ethnic Minorities") OR TITLE-ABS-KEY ("Health of Indigenous Peoples") OR TITLE-ABS-KEY ("Indigenous Peoples") OR TITLE-ABS-KEY ("Mental Health in Ethnic Groups") OR TITLE-ABS-KEY ("Minority Health" OR "Rural Health") OR TITLE-ABS-KEY ("Vulnerable Populations")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Catastrophic Health Expenditure") OR TITLE-ABS-KEY ("Costs and Cost Analysis") OR TITLE-ABS-KEY ("Economics") OR TITLE-ABS-KEY ("Economies of Scale in Healthcare") OR TITLE-ABS-KEY ("Equity in the Resource Allocation") OR TITLE-ABS-KEY ("Financial Resources in Health") OR TITLE-ABS-KEY ("Financing per capita") OR TITLE-ABS-KEY ("Financing, Government") OR TITLE-ABS-KEY ("Fiscal Priority in Health") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Care Costs") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Care Economics and Organizations") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Care Rationing") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Expenditure per capita") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Expenditures") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Fund") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Resources") OR TITLE-ABS-KEY ("Health System Financing") OR TITLE-ABS-KEY ("Healthcare Financing") OR TITLE-ABS-KEY ("Investments") OR TITLE-ABS-KEY ("Public Expenditures") OR TITLE-ABS-KEY ("Public Expenditures on Health") OR TITLE-ABS-KEY ("Rawls's Criteria for Resource Allocation") OR TITLE-ABS-KEY ("Resource Allocation") OR TITLE-ABS-KEY ("Resource Shortage for Health"))	1.281 resultados
PubMed	((Health Services Needs and Demand) OR (Health Status Indicators) OR (Health Status Disparities) OR (Needs Assessment)) AND ((("Rural Health") OR ("Indigenous Peoples") OR ("Vulnerable Populations") OR ("Ethnicity") OR ("Racial Groups") OR ("Health Disparate Minority and Vulnerable Populations")) AND ((("Resource Allocation") OR ("Health Care Rationing") OR ("Costs and Cost Analysis") OR ("Economics") OR ("Health Care Costs") OR ("Health Care Economics and Organizations") OR ("Health Care Rationing") OR ("Health Expenditures") OR ("Health Resources") OR ("Healthcare Financing") OR ("Investments") OR ("Public Expenditures"))	2.989 resultados

Quadro 2 Sintaxe final dos descritores.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos documentos. Para inclusão, foram definidos quatro critérios: textos relacionados à pergunta de pesquisa; textos que incluam povos do campo ou/e da floresta ou/e das águas; artigos de 2013 a fevereiro de 2024 (10 anos) e; textos em português, inglês e espanhol. Nos critérios de exclusão foram elencados textos que incluem apenas populações urbanizadas; textos que não levem em consideração o contexto geográfico da população estudada; texto em idiomas que não português, inglês e espanhol; livros, documentos, teses, anais de congresso; artigos que não se referiam ao tema proposto de análise, ensaios pré-clínicos ou clínicos, estudos de revisão e artigos de comentários, opiniões ou reportagens.

Os arquivos foram exportados em formato RIS (*Research Information Systems*), resultantes das estratégias de busca acima descritas em cada base de dados. Em seguida, foi importado os documentos ao programa Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>), que é uma plataforma colaborativa para revisões sistemáticas. Inicialmente foram identificados 5.414 artigos, dos quais foram excluídas eletronicamente 1.568 duplicatas e 1.987 publicações anteriores a 2013. Das 1.859 publicações restantes, 1.671 foram eliminadas após a leitura de títulos e resumos. Foram selecionados 188 artigos para leitura completa e 180 foram retiradas, sendo os principais motivos: artigos que não se referiam ao tema (N=154); artigos que não possuíam texto completos (N=7) e artigos de revisão (n=19). Todo o processo de identificação e inclusão dos artigos está detalhado por meio do fluxograma PRISMA, apresentado abaixo. Dessa forma, oito publicações foram incluídas para essa revisão.

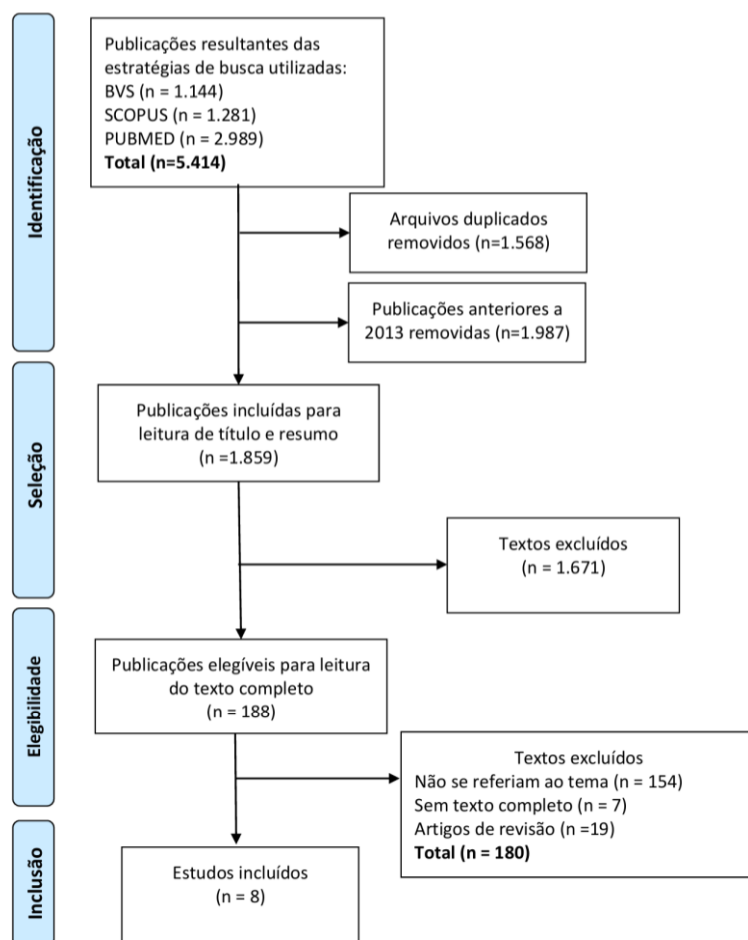


Figura 1 Fluxograma PRISMA

Resultados

O quadro 3 traz a caracterização dos artigos selecionados.

Autor	Ano	Título	Tipo de Estudo	Revista	País e região geográfica
Zhou, Y., et.al ¹⁸	2020	Health, income and poverty: Evidence from China's rural household survey	Transversal	International Journal for Equity in Health	China; Vilarejos das províncias central e oeste.
Dong, H., et al. ¹⁹	2016	The impact of expanded health system reform on governmental contributions and individual copayments in the new Chinese rural cooperative medical system	Observacional quantitativo	International Journal of Health Planning and Management	China; províncias das regiões leste, central e oeste.
Wright, B., et al. ²⁰	2015	Implementation of the affordable care act and rural health clinic capacity in Iowa	Transversal	Journal of Primary Care and Community Health	Estados Unidos; Estado de Iowa
Dilip, T.R., et al. ²¹	2013	The national employment guarantee scheme and inequities in household spending on food and non-food determinants of health in rural India	Transversal	International Journal for Equity in Health	Índia; Comparação entre os estados

Stingley S and Schultz H ²²	2014	Helmsley trust support for telehealth improves access to care in rural and frontier areas.	Observacional descritivo	Health affairs (Project Hope)	Estados Unidos; região rural de sete estados contemplados pelo programa
Avery DM Jr, et al. ²³	2014	The economic impact of rural family physicians practicing obstetrics.	Observacional descritivo	Journal of the American Board of Family Medicine	Estados Unidos; região rural do Alabama
Heppner S., et al. ²⁴	2021	HRSA's evidence-based tele-emergency network grant program: Multi-site prospective cohort analysis across six rural emergency department telemedicine networks.	Coorte retrospectiva	PloS one	Estados Unidos; Região rural de onze estados
Black AP, et al. ²⁵	2013	Nutritional impacts of a fruit and vegetable subsidy programme for disadvantaged Australian Aboriginal children.	Transversal	The British journal of nutrition	Austrália; três comunidades rurais aborígenes

Quadro 3: Síntese dos artigos selecionados

O quadro 4 apresenta as informações encontradas nos artigos, segregadas em polos que refletem as necessidades em saúde destacadas pelos autores, a modalidade de alocação de recursos destinada para esta necessidade e a população referida no texto.

Título	População referida	Necessidade de Saúde abordada	Modalidade de alocação de recursos
Health, income and poverty: Evidence from China's rural household survey ¹⁸	População rural de baixa renda da China; informações providas de domicílios registrados no "National Poverty Alleviation Information System of China" desde 2014.	O estudo relaciona a presença de enfermidades, principalmente as de caráter crônico e não transmissível, com a pobreza, na qual é aprofundada em decorrência da redução da capacidade laboral dos indivíduos e também do aumento de despesas com saúde. Sugere a expansão de serviços de saúde financeiramente acessíveis e o incremento da qualidade destes serviços nas áreas rurais.	O estudo aponta que houve um aumento do financiamento público em saúde por meio do <i>New Cooperative Medical Scheme</i> (NCMS), mas sugere que o atual sistema de seguridade e saúde é insuficiente para reduzir o ônus financeiro despendido com saúde desta população. Também aponta que essa população tem despesas OOP não reembolsáveis com curandeiros, andarilhos e tratamentos naturais (medicina tradicional). Sugere a expansão de iniciativas que reduzam gastos OOP, como aumento de despesas reembolsáveis assim como a expansão de pacotes cobertos pelo NCMS.
The impact of expanded health system reform on governmental contributions and individual copayments in the new Chinese rural cooperative medical system ¹⁹	População rural da China. Dados nacionais dos anuários de estatísticas rurais e em saúde.	O estudo sugere a expansão do acesso da população rural à serviços de saúde a partir de políticas de financiamento mais equitativas a fim de reduzir o gasto individual com saúde deste grupo populacional.	Ocorreu aumento da participação pública nas despesas com saúde da população rural, reduzindo gastos OOP desta. Expõe que o financiamento do governo central é maior em localidades mais pobres.
Implementation of the affordable care act and rural health clinic capacity in Iowa ²⁰	População rural do estado de Iowa; Estudo analisa as percepções de diretores de clínicas rurais de saúde do impacto no serviço com a implantação do <i>Affordable Care Act</i> (ACA).	A partir dos resultados encontrados, espera-se a expansão no acesso à serviços de saúde com o aumento do uso destes serviços de atenção primária, tanto em relação à frequência quanto a de novos usuários. Aponta dificuldades em contratar e reter profissionais de saúde no serviço e limitações na referência a serviços especializados, seja pela escassa presença de serviços especializados ou da capacidade de coordenação do cuidado destes pacientes.	O estudo discorre sobre a expansão da participação pública no financiamento em saúde por meio do ACA e o seu impacto nas clínicas de saúde rurais
The national employment guarantee scheme and inequities	População rural da Índia. Dados nacionais do NSSO (<i>National</i>	Acesso à renda por meio de trabalho remunerado para redução das desigualdades por meio do consumo de	Analisar a contribuição do <i>Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Scheme</i> (MGNREGS) para a

<p>in household spending on food and non-food determinants of health in rural India²¹</p>	<p><i>Sample Survey Organization</i>) foram utilizados no estudo,</p>	<p>produtos alimentares e não alimentares (educação, saúde, habitação, outros). O estudo observa que a renda adicional dos domicílios de baixa renda é preferencialmente alocado em alimentação. O estudo não avaliou a relação entre melhor alimentação com a saúde desta população, mas espera-se que melhores condições de vida, que incluem a segurança alimentar, conduzam a uma melhor saúde, uma vez que é parte importante dos determinantes sociais em saúde.</p>	<p>melhoria do consumo de produtos alimentares e não alimentares. Este é um recurso governamental que garantiria ao menos 100 dias de trabalho remunerado por ano fiscal para cada família rural para membros adultos dispostos a realizar trabalho não qualificado. Os dados obtidos no estudo sugerem que a expansão do programa apresenta potencial para redução das desigualdades no consumo de alimentos nos estados menos desenvolvidos. Nestes estados, o estudo verificou que 36,6% dos domicílios rurais se registraram no programa, no qual 65.7% deles obtiveram trabalho, tendo em média 40 dias trabalhados pelo programa.</p>
<p>Helmsley trust support for telehealth improves access to care in rural and frontier areas²²</p>	<p>População rural dos Estados Unidos da América usuária de serviços de emergência rurais contemplados com a iniciativa.</p>	<p>O artigo pontua a escassez de serviços de saúde e de profissionais de saúde qualificados para atendimento em emergências no contexto rural. Dessa forma, expõe que a telessaúde promove acesso à atendimentos em saúde de maior qualidade com profissionais mais qualificados</p>	<p>Financiamento de fundo filantrópico para implantação de infraestrutura em salas de urgência e emergência de serviços privados sem fins lucrativos para realização de atendimentos de emergência por teleconsulta com profissionais especialistas de um centro especializado em emergência. Pontua que os procedimentos de telessaúde não são faturados pelo Medicaid, Medicare ou por seguradoras de saúde privadas e que os hospitais contratam os centros para prestarem esse serviço.</p>
<p>The economic impact of rural family physicians practicing obstetrics²³</p>	<p>População rural usuária de serviços de atenção primária com medicina de família obstétrica dos Estados Unidos da América; Estudo se baseia na quantidade de procedimentos ginecológicos ou obstétricos realizados por médicos que se subespecializaram em medicina de família obstétrica</p>	<p>O estudo se propõe a entender o impacto econômico de médicos de família exercerem procedimentos obstétricos, considerando a escassez de profissionais no contexto rural e a viabilidade de prover acesso a serviços de saúde, cuidado oportuno e qualidade assistencial.</p>	<p>O estudo estima o impacto da alocação de recursos financeiros para a comunidade rural, que é calculada a partir de estimativas de retorno sobre o investimento e da tabela de valores pagos pelo Medicaid aos equipamentos de saúde por serviços e procedimentos realizados.</p>

HRSA's evidence-based tele-emergency network grant program: Multi-site prospective cohort analysis across six rural emergency department telemedicine networks ²⁴	População rural dos Estados Unidos da América usuária de serviços de emergência contemplados pelo programa.	O artigo busca compreender as características de uso dos serviços de urgência e emergência mediados por telessaúde implantados. Seus achados indicam que houve ampliação do acesso a esses serviços e melhora na qualidade da assistência prestada aos pacientes que tiveram acesso oportuno ao serviço	Financiamento público federal direto para prestadores de serviços de saúde rurais privados implantarem serviços de telessaúde de urgência e emergência em regiões rurais.
Nutritional impacts of a fruit and vegetable subsidy programme for disadvantaged Australian Aboriginal children. ²⁵	Crianças proveniente de famílias de baixa renda de comunidades aborígenes da Austrália que entraram no programa de subsídio de frutas e legumes.	O estudo aborda a importância da boa nutrição e da disponibilidade de alimentos na saúde da população. Com isso, busca entender os efeitos do programa de subsídios de frutas e legumes no estado nutricional de crianças cujas famílias receberam esse subsídio. Além do custeio de frutas e legumes, também há avaliações em saúde anuais dos beneficiados.	Financiamento de origem pública intermediado por uma fundação de uma caixa de frutas e legumes semanal para famílias com uma ou mais crianças inscritas no programa.

Quadro 4: Síntese dos trabalhos incluídos com a necessidade em saúde abordada, modalidade de alocação de recursos e população referida

Discussão

Essa revisão teve como objetivo investigar a alocação de recursos financeiros para os povos do campo, da floresta e das águas em função das suas necessidades de saúde por meio da revisão de literatura e questionar se a atual distribuição de recursos está atendendo efetivamente a essas populações.

Notou-se uma carência de estudos que abordem a análise da alocação dos recursos financeiros na saúde das populações estudadas. Durante a leitura dos textos, observou-se uma quantidade razoável de autores que se preocuparam em simular ou descrever os custos diretos de condições de saúde ou de procedimentos assistenciais nos contextos sociais e culturais dos povos do campo, da floresta e das águas e alguns incluíram custos indiretos incorridos, despesas dos indivíduos e gastos catastróficos em saúde. Dessa forma, foi possível compreender que existe um esforço em apresentar monetariamente a despesa ou investimento realizado para efetivar ações de assistência em saúde aos PCFA.

Dos oito trabalhos selecionados, quatro abordavam populações dos Estados Unidos^{20,22-24}, dois da China^{18,19}, um da Índia²¹ e um da Austrália²⁵. Os estudos abrangem a população rural nos estudos dos três primeiros países citados, e o estudo australiano fez referência aos povos aborígenes. Isso pode estar associado a uma homogeneização ao descrever as organizações socioterritoriais de maneira dicotômica como “urbanas” ou “rurais”, sem ponderar acerca da diversidade cultural e geográfica dos PCFA. No Brasil, por exemplo, essa ideologia é proveniente da lógica colonizadora a qual remonta ao século XVII, sendo consolidada e difundida ao longo do tempo²⁶. Houve um esforço em invisibilizar as organizações territoriais da região amazônica com um ideário desenvolvimentista e racista ao considerar as organizações de povos indígenas, ribeirinhos, camponeses ou quilombolas como não civilizada, sendo a Amazônia descrita como um espaço vazio e com uma população dispersa²⁶. Com o processo de urbanização, regiões que serviam como centros de apoio e logísticos às atividades neoextrativistas foram classificados como cidades e territórios de pequena dimensão com sua economia vinculada ao ecossistema foram categorizadas como rurais²⁶. Essa categorização “rural” não contempla as formas de viver, transitar e produzir de todos os PCFA e prejudicam a implantação de políticas públicas singulares e efetivas nestes territórios²⁶.

Em relação a origem dos recursos alocados, seis trabalhos provinham de entes públicos^{18-21,24,25}, um era proveniente de fundo filantrópico²² e um realizou uma estimativa de retorno sobre investimento com base na tabela de ressarcimento do

Medicaid estadunidense²³. A relação financeira dos usuários com os sistemas de saúde dos países explorados pelos artigos é similar a abordagem de serviços privados brasileiros, o qual o pagamento de despesas assistenciais é realizado diretamente pelo usuário, com fundo próprio, ou intermediado por operadoras de seguros, cuja cobertura e políticas de reembolsos são particulares a cada contrato.

Os aportes financeiros citados nos artigos que abrangem as PCFA proveem cobertura parcial ou integral à serviços de saúde a grupos que cumprem critérios específicos.

Nos Estados Unidos da América, duas políticas de seguridade social financiadas pelas esferas federal e estaduais, fornecem cobertura de despesas em saúde a grupos específicos. O *Medicare* é destinado a pessoas com mais de 65 anos, pessoas com deficiência, pessoas com doença renal em estágio final ou pessoas com esclerose lateral amiotrófica^{27,28}. Pouco mais de 66 milhões de pessoas foram beneficiadas pelo programa em 2023²⁹. A segunda política é o *Medicaid*, voltada para pessoas de baixa renda e a pessoas com deficiência. Sua expansão ocorreu em 2010 com o *Affordable Care Act*, que ampliou a elegibilidade para o programa e mais pessoas foram contempladas, somando mais de 94 milhões de pessoas beneficiadas em 2023^{29,30}. Nesse cenário, também é possível ser contemplado em ambos os programas, o qual 18% dos usuários eram beneficiados por ambos em 2021^{31,32}. Dessa forma, as PCFA são contempladas por esses programas se cumprirem os critérios estabelecidos. A federação também financia programas e serviços de saúde específicos para as PCFA por meio do *Health Resources & Services Administration*, uma divisão do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, cujo principal objetivo é promover equidade no acesso à saúde³³.

Embora não tenha sido localizado em nossa revisão, o *Indian Health Service* (IHS) é um programa federal que oferece serviços de saúde pública e assistência em saúde para mais de dois milhões de indígenas norte americanos e nativos do Alaska (INA/NA)³⁴. A abrangência do IHS é mais ampla, com ações voltadas para saúde pública, como saneamento, por exemplo, e difere da ótica do fomento à saúde por meio da concepção de seguros de saúde federais a grupos elegíveis, como são os casos do *Medicaid* e *Medicare*. Um aspecto interessante e distinto da alocação de recursos do IHS é destinação de recursos federais para o financiamento de programas de saúde operados pelas tribos. O Movimento Indígena Americano de 1968 reivindicou direitos indígenas e incluiu políticas de descentralização e emancipação dos povos INA/NA. Uma das medidas tomadas foi a transição da gestão do sistema de saúde da esfera federal para as tribos, que passaram a

ter maior autonomia na administração dos recursos financeiros para atender às necessidades específicas em saúde³⁴. Dados de 2016 apontaram que cerca de 40% do orçamento do IHS é destinado a aproximadamente 350 tribos para a operação de serviços de saúde³⁴.

Essa revisão localizou iniciativas de financiamento de cunho filantrópico para promoção de acesso à saúde por meio da implantação, em serviços privados rurais, de infraestrutura para atendimentos de urgência e emergência intermediados por telessaúde. Embora tais iniciativas possam ter ampliado acesso à saúde e a qualidade assistencial às PCFA, é importante destacar que, em sistemas públicos de saúde, o financiamento pontual em infraestrutura, sem articulação com o sistema de saúde, não garante a manutenção adequada ou a depreciação de equipamentos e materiais, podendo gerar uma interrupção abrupta da prestação da assistência.

O investimento público em saúde na China passou por muitas mudanças nas últimas décadas. Com instituição da República Popular da China em 1949, o governo apropriou o sistema de saúde e implementou medidas de controle de doenças infecciosas, de integração de práticas tradicionais em saúde com as ocidentais e de capilarização de ações em saúde no interior rural do país³⁵. A reforma agrária ocorrida nesse período distribuiu terras à população, e a formação de comunidades proviam serviços sociais e de saúde por meio de clínicas e hospitais rurais financiados pelo estado. A abertura econômica a partir de 1977, e a descentralização do poder político e econômico, resultaram em um rápido crescimento do país. Embora a saúde da população tenha melhorado consideravelmente, com o aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade infantil, a emergência de condições crônicas não transmissíveis relacionados ao envelhecimento à migração rural-urbana evidenciou as disparidades sociais existentes no país³⁵.

A partir da década de 1990, o enfraquecimento do sistema público de saúde a foi resultado da redução do investimento do governo central e da transferência da responsabilidade do financiamento para as províncias. Além disso, a regulação dos preços dos serviços de saúde públicos e a introdução de medicamentos e tecnologias de alto custo do Ocidente contribuíram para o aumento dos preços, tornando os serviços acessíveis apenas à população de alta renda.^{35,36}.

Atualmente, os serviços estatais de saúde prestam assistência à população e realizam o seu faturamento no seguro público de assistência à saúde, que beneficia 97,5% da população e é fragmentada em três modalidades por critérios geográficos, sociais e de

trabalho³⁶. É importante destacar que o percentual de cobertura de despesas pela seguradora pública está situado na faixa de 50% a 80%, a depender da modalidade da assistência, sendo o restante desembolsado pelo paciente^{35,36}.

No presente estudo, identificou-se dois estudos^{18,19} que abordam o seguro de saúde para populações rurais, conhecido em inglês como *New Cooperative Medical Scheme* (NCMS),-implementado em 2003 com o intuito de reduzir os gastos da população com saúde¹⁸. Ambos os artigos destacam um aumento significativo na participação pública no financiamento e uma redução nos gastos individuais com saúde, mas também apontam que 16% da população contemplada no NCMS não conseguiam arcar com as despesas com saúde após a realização dos reembolsos pelo programa. Foram observadas desigualdades nas contribuições do governo central em regiões mais isoladas e de difícil acesso, bem como dificuldades das comunidades locais em compreender seu papel e contribuição dentro do programa.^{-18,19}

Todos os trabalhos apresentaram uma necessidade em saúde desta população. As necessidades mais frequentes são àquelas de “direito social constituído”¹⁰, as quais seis trabalhos descreveram o acesso aos serviços de saúde como principal desfecho da alocação de recursos^{18-20,22-24}, enquanto dois artigos destacaram o direito a segurança alimentar como principal repercussão da alocação direcionada de recursos^{21,25}. Dentro desse núcleo, os artigos também abordaram necessidades relacionadas a renda, ao trabalho e ao acesso a bens de consumo^{18,21,25}.

Além disso, foram identificadas necessidades relacionadas à efetividade do direito à saúde, nas quais os autores discutiram a qualidade assistencial dos serviços de saúde, a escassez de profissionais de saúde nos territórios e a dificuldade em articular o cuidado em rede para serviços especializadas, decorrente da distância ou ausência destes^{18,20,22,24}.

No que diz respeito à força de trabalho em saúde, fatores que atraem e retêm profissionais envolvem questões relacionadas ao seu perfil profissional, a sua qualidade de vida, a sua origem e a perspectiva de sua carreira na área da saúde³⁷.

As iniciativas de saúde digital destinadas a mitigar as desigualdades no acesso e na prestação de atenção especializada foram descritas em dois artigos desta revisão^{22,24}. A aplicabilidade de iniciativas de telessaúde é reconhecida e oportuna para prover a coordenação do cuidado e integração dos serviços de saúde. No entanto, dificuldades como a conexão com a internet e a aquisição e uso de dispositivos eletrônicos podem comprometer a sua implantação e operacionalização em territórios remotos³⁷. Portanto, embora existam serviços e equipamentos de saúde à disposição da população rural e

alguma garantia do seu acesso ao cuidado, existem barreiras que podem influenciar no cuidado oportuno das PCFA.

Um dos estudos analisa a relação da alocação de recursos públicos no financiamento e provimento de frutas e legumes a crianças aborígenes de baixa renda na Austrália²⁵. Esse programa realiza avaliações em saúde dos beneficiados, criando um modelo de atenção que satisfaz a necessidade da segurança alimentar, como direito social constituído, mas que também avalia a efetividade da iniciativa ao combinar avaliações em saúde dos núcleos familiares abrangidos. Assim, reduzir as necessidades em saúde dos PCFA apenas em ações de implantação e ao acesso aos serviços de saúde é uma abordagem limitada.

Portanto, a análise dos estudos revela que as necessidades de saúde da população transcendem o mero acesso aos serviços de saúde. É imperativo abordar outros direitos sociais estabelecidos, como a alimentação, moradia, segurança, acesso a renda e ao trabalho digno.

Considerações finais

A implantação de políticas nacionais para a alocação equitativa do financiamento e estratégias intersetoriais ou de serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), trouxe benefícios às populações contempladas nos artigos analisados. Além disso, foram relatados desafios geográficos e culturais, bem como a necessidade de aprimoramento destas políticas.

As estratégias de alocação de recursos provenientes de políticas que financiam serviços ou ações intersetoriais, baseadas nos contextos geográficos e culturais dos povos do campo, da floresta e águas demonstram impactos significativos. Isso indica que disposições centralizadas são essenciais para a satisfação das necessidades de saúde desta população.

Estudos futuros devem concentrar-se em populações menos representadas, adotando abordagens metodológicas que avaliem a alocação de recursos financeiros para atender as necessidades em saúde. Por fim, a inclusão de pesquisas em contextos latino-americanos pode preencher lacunas importantes na literatura atual e oferecer perspectivas valiosas para a alocação de recursos na saúde.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral Das Populações Do Campo e Da Floresta*. (2013).
2. Brasil. Portaria nº2.866, de 2 de Dezembro de 2011. *Diário Oficial da União* (2011).
3. Paim, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate* 43, 15–28 (2019).
4. Corrêa Matta, G. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde* 61–80 (2007).
5. Brasil. *Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990*. Seção 1, 18055. (Diário Oficial da União, Brasília, Brasil, 1990).
6. Paim, J. S. Thirty years of the unified health system (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva* 23, 1723–1728 (2018).
7. Mendes, Á., Carnut, L. & Guerra, L. D. da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* 42, 224–243 (2018).
8. Brasil. *Lei Complementar Nº 141 de 13 de Janeiro de 2012*. (Diário Oficial da União, Brasil, 2012).
9. Campos, C. M. S. & Bataiero, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 11, 605–618 (2007).
10. Carnut, L. & Ferraz, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* 45, 451–466 (2021).
11. Brasil. *Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017*. (2017).
12. Brasil. *Portaria Nº2.979, de 12 de Novembro de 2019*. (Brasil, 2019).
13. Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F. & de Faria Baptista, T. W. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare? *Cad Saude Publica* 36, (2020).
14. Mendes, Á., Melo, M. A. & Carnut, L. A critical analysis of the implementation of the new model for allocating federal resources to primary healthcare: Operationalism and improvisation. *Cad Saude Publica* 38, (2022).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. (2024).
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº38, de 10 de Janeiro de 2022*. (GM/MS, Brasil, 2022).
17. Brasil. *Portaria Nº 2.254 de 03 de Setembro de 2021*. (Brasil, 2021).
18. Zhou, Y., Guo, Y. & Liu, Y. Health, income and poverty: evidence from China's rural household survey. *Int J Equity Health* 19, 36 (2020).
19. Dong, H. *et al.* The impact of expanded health system reform on governmental contributions and individual copayments in the new Chinese rural cooperative medical system. *Int J Health Plann Manage* 31, 36–48 (2016).
20. Wright, B., Damiano, P. C. & Bentler, S. E. Implementation of the Affordable Care Act and rural health clinic capacity in Iowa. *J Prim Care Community Health* 6, 61–65 (2015).
21. Dilip, T. R., Dandona, R. & Dandona, L. The national employment guarantee scheme and inequities in household spending on food and non-food determinants of health in rural India. *Int J Equity Health* 12, 84 (2013).

22. Stingley, S. & Schultz, H. Helmsley trust support for telehealth improves access to care in rural and frontier areas. *Health Aff* 33, 336–341 (2014).
23. Avery, D. M. J. *et al.* The economic impact of rural family physicians practicing obstetrics. *J Am Board Fam Med* 27, 602–610 (2014).
24. Heppner, S. *et al.* HRSA’s evidence-based tele-emergency network grant program: Multi-site prospective cohort analysis across six rural emergency department telemedicine networks. *PLoS One* 16, 1–13 (2021).
25. Black, A. P. *et al.* Nutritional impacts of a fruit and vegetable subsidy programme for disadvantaged Australian Aboriginal children. *Br J Nutr* 110, 2309–2317 (2013).
26. Cardoso, A. C. D., dal’Asta, A. P. & Monteiro, A. M. V. O que é o urbano na Amazônia contemporânea? Implicações para a vigilância em saúde no bioma. *Cad Saude Publica* 39, 10–13 (2023).
27. El-Nahal, W. An Overview of Medicare for Clinicians. *J Gen Intern Med* 35, 3702–3706 (2020).
28. Medicare.gov. Get started with Medicare. <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare>.
29. Centers for Medicare & Medicaid Services. *CMS Program Data - Fast Facts - March 2024*. <https://data.cms.gov/fact-sheet/cms-fast-facts> (2024).
30. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicaid Eligibility. <https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/index.html>.
31. Keohane, L. M., Zhou, Z. & Stevenson, D. G. Aligning Medicaid and Medicare Advantage Managed Care Plans for Dual-Eligible Beneficiaries. *Medical Care Research and Review* 79, 207–217 (2022).
32. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Medicare Beneficiaries at a Glance DY2021*. <https://data.cms.gov/infographic/medicare-beneficiaries-at-a-glance> (2021).
33. Health Resources & Services Administration. *HRSA Strategic Plan 2019-2022*. <https://www.hrsa.gov/about/strategic-plan/fy2019-2022> (2022).
34. Kruse, G., Lopez-Carmen, V. A., Jensen, A., Hardie, L. & Sequist, T. D. The Indian Health Service and American Indian/Alaska Native Health Outcomes. *Annu Rev Public Health* 43, 559–576 (2022).
35. Younger, D. S. Health Care in China. *Neurol Clin* 34, 1115–1125 (2016).
36. Lee, D.-C., Wang, J., Shi, L., Wu, C. & Sun, G. Health insurance coverage and access to care in China. *BMC Health Serv Res* 22, (2022).
37. Franco, C. M., Lima, J. G. & Giovanella, L. Primary healthcare in rural areas: Access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cad Saude Publica* 37, 1–22 (2021).