

## **Alocação de recurso em Atenção Primária à Saúde em áreas rurais e remotas – evidências a partir da experiência internacional**

**Hellen Caroline Carneiro de Almeida:** Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP. São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4521-500X>. E-mail (Apresentadora): [hccdea@gmail.com](mailto:hccdea@gmail.com)

**Lúcia Dias da Silva Guerra:** Universidade de São Paulo –USP, Faculdade de Saúde Pública–FSP. São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0093-2687>. E-mail: [ludsguerra@gmail.com](mailto:ludsguerra@gmail.com)

### **Resumo**

A Declaração de Alma-Ata de 1978 discorre sobre os Cuidados Primários de Saúde e expressa a necessidade urgente de que os representantes governamentais, trabalhadores da saúde e da coletividade tomem como responsabilidade promover o cuidado à saúde de todos os povos do mundo. Portanto, cabe da vontade política o desenvolvimento de planos de ações e estratégias para mobilizar recursos, subsidiar o cuidado e coordenar os setores de saúde. Fica acordado a toda comunidade mundial o compromisso técnico e financeiro para este fim, bem como responder com extrema urgência e combater a desigualdade no acesso a saúde. Tanto a disponibilidade de serviços, distribuição geográfica como as características do sistema de saúde influenciam nas desigualdades sociais de acesso e uso dos equipamentos. A equidade é um princípio importante para a redução nas barreiras de acesso. Em estudos realizados em países como Estados Unidos e México, que não tem sistema de saúde universal, estes apresentam maiores desigualdades no acesso. Estudo que demonstra em áreas urbanas e rurais do Brasil a desigualdade em saúde aponta para a condição de menor acesso nas áreas rurais em detrimento de maior vulnerabilidade social de sua população e das maiores dificuldades de acesso que seus grupos sociais estão submetidos. A Política Nacional de Atenção Básica é um elemento importante para a consolidação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, considerando o protagonismo dos movimentos sociais, dos trabalhadores e usuários, e gestores que buscam construir no cotidiano o direito à saúde para toda a população. A Atenção Básica no Brasil tem a premissa de atuação e intervenção nos locais de proximidades das pessoas, portanto, o mais próximo de sua residência ou trabalho. Dessa forma, o acesso ao serviço de saúde seria otimizado e facilitado, principalmente por ações embasadas

nas características do território de abrangência e perfil populacional, e nos princípios norteadores do SUS: universalização, equidade, vínculo, integralidade, cuidado continuado e participação popular. Toda essa problemática ainda se conjuga ainda distante no contexto complexo da conjuntura econômica e política do capitalismo contemporâneo. Sendo necessária a permanente investigação sobre alocação de recursos destinados a Atenção Primária à Saúde em áreas remotas na experiência nacional e internacional. Diante disso, o objetivo deste estudo é evidenciar a partir da literatura científica a alocação de recursos destinados para Atenção Primária à Saúde em áreas remotas na experiência internacional e reconhecer os desafios atuais para as comunidades que vivem nessas regiões. O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura que possibilita acessar de forma sistematizada o estado da arte de um fenômeno e compreendê-lo. A partir da decomposição da questão norteadora da revisão: O que a literatura científica apresenta sobre alocação de recursos destinados a Atenção Primária à Saúde em áreas remotas?, foram retirados os termos livres para identificação dos descritores e sinônimos que seriam usados nas buscas. Para isso, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A partir da identificação dos descritores, foram realizados testes exploratórios com a combinação dos mesmos, utilizando-se os operadores booleanos AND e OR, formando, portanto, uma expressão síntese e, posteriormente chegou-se na construção da sintaxe final. A busca foi realizada nas bases de dados: Lilacs/BVS, Web Of Science, PubMed/Medline, Scopus. Os resultados das buscas foram transferidos para o programa Zotero para exclusão das duplicidades. A revisão dos títulos e resumos foi realizada no programa Rayyan. Foram incluídos nesta revisão 58 artigos científicos. Os critérios inclusão da revisão foram os seguintes: artigos originais, disponíveis para *download*, que abordam diretamente atenção primária, áreas remotas, áreas rurais, no contexto mundial. Como critérios de exclusão foram definidos: artigos de outra natureza, como ensaios, debates, revisões sistemáticas, dissertações e teses, e artigos que não abordavam diretamente o tema pesquisa. A maior parte dos artigos encontrados descrevem a alocação de recurso na atenção primária em áreas remotas (rurais) no território chinês. A participação popular para a construção de um fundo comunitário como recurso para assistência à saúde aparece como estratégia importante, principalmente na China e no continente Africano. Há também a alocação de recursos para prevenção de doenças transmissíveis (ex.: HIV/Aids) e doenças crônicas não transmissíveis (ex.: diabetes, câncer de mama). Destaca-se que práticas tradicionais de cuidado à saúde, como as práticas ayurvédicas, estão sendo substituídas e deixando de serem praticadas em detrimento das práticas biomédicas. Com este estudo elucidou-se em diferentes partes do mundo, como acontece a alocação de recursos destinados

a atenção primária à saúde em áreas remotas e os desafios atuais para as comunidades que vivem nessas regiões.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Territorialização da Atenção Primária, Zonas Remotas, Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde.

## **Asignación de recursos de Atención Primaria de Salud en zonas rurales y remotas: datos de la experiencia internacional**

### **Resumen**

La Declaración de Alma-Ata de 1978 trata de la Atención Primaria de Salud y expresa la urgente necesidad de que los representantes de los gobiernos, los trabajadores sanitarios y la comunidad asuman la responsabilidad de promover la atención sanitaria para todos los pueblos del mundo. Por lo tanto, depende de la voluntad política desarrollar planes de acción y estrategias para movilizar recursos, subvencionar la asistencia y coordinar los sectores sanitarios. Toda la comunidad mundial ha acordado comprometerse técnica y financieramente con este fin, así como responder con extrema urgencia y combatir las desigualdades en el acceso a la salud. Tanto la disponibilidad de servicios como la distribución geográfica y las características del sistema sanitario influyen en las desigualdades sociales en el acceso y el uso de las instalaciones. La equidad es un principio importante para reducir las barreras de acceso. Los estudios realizados en países como Estados Unidos y México, que no tienen un sistema sanitario universal, muestran mayores desigualdades en el acceso. Un estudio que muestra la desigualdad en salud en zonas urbanas y rurales en Brasil señala el menor nivel de acceso en las zonas rurales, debido a la mayor vulnerabilidad social de la población y a las mayores dificultades de acceso a las que se ven sometidos sus grupos sociales. La Política Nacional de Atención Primaria es un elemento importante en la consolidación y desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, teniendo en cuenta el protagonismo de los movimientos sociales, de los trabajadores y usuarios y de los gestores que buscan construir día a día el derecho a la salud de toda la población. La Atención Primaria en Brasil se basa en la premisa de actuar e intervenir en el entorno inmediato de las personas, es decir, lo más cerca posible de su casa o de su trabajo. De esta forma, se optimizaría y facilitaría el acceso al servicio de salud, principalmente mediante acciones basadas en las características del territorio y del perfil de la población, y en los principios rectores del SUS: universalización, equidad, vinculación, integralidad, atención continua y participación popular. Todos estos problemas están aún lejos del complejo contexto económico y político del capitalismo contemporáneo. Es

necesario seguir investigando la asignación de recursos destinados a la Atención Primaria de Salud en zonas remotas en la experiencia nacional e internacional. En vista de ello, el objetivo de este estudio es utilizar la literatura científica para destacar la asignación de recursos para la Atención Primaria de Salud en zonas remotas en la experiencia internacional y reconocer los desafíos actuales para las comunidades que viven en estas regiones. Este estudio es una revisión bibliográfica integradora que permite acceder y comprender sistemáticamente el estado del arte de un fenómeno. Tras desglosar la pregunta guía de la revisión: «¿Qué muestra la literatura científica sobre la asignación de recursos para la Atención Primaria de Salud en áreas remotas?», se eliminaron los términos libres para identificar los descriptores y sinónimos que se utilizarían en las búsquedas. Para ello, se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Una vez identificados los descriptores, se realizaron pruebas exploratorias combinándolos mediante los operadores booleanos AND y OR, formando así una expresión sintetizada y construyendo a continuación la sintaxis final. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Lilacs/BVS, Web Of Science, PubMed/Medline, Scopus. Los resultados de la búsqueda se transfirieron al programa Zotero para excluir duplicados. Los títulos y resúmenes se revisaron con el programa Rayyan. Se incluyeron 58 artículos científicos en esta revisión. Los criterios de inclusión para la revisión fueron los siguientes: artículos originales, disponibles para su descarga, que abordaran directamente la atención primaria, las zonas remotas, las zonas rurales, en un contexto global. Los criterios de exclusión fueron: artículos de otra naturaleza, como ensayos, debates, revisiones sistemáticas, disertaciones y tesis, y artículos que no abordaran directamente el tema de investigación. La mayoría de los artículos encontrados describen la asignación de recursos en la atención primaria en zonas remotas (rurales) de China. La participación popular para crear un fondo comunitario como recurso para la atención sanitaria parece ser una estrategia importante, especialmente en China y en el continente africano. También existe la asignación de recursos para la prevención de enfermedades transmisibles (por ejemplo, VIH/sida) y enfermedades crónicas no transmisibles (por ejemplo, diabetes, cáncer de mama). Cabe destacar que las prácticas sanitarias tradicionales, como las ayurvédicas, están siendo sustituidas y abandonadas en detrimento de las prácticas biomédicas. Este estudio ha dilucidado cómo se asignan los recursos para la atención sanitaria primaria en zonas remotas de distintas partes del mundo y los retos actuales para las comunidades que viven en estas regiones.

**Palabras-claves:** Atención Primaria de Salud, Territorialización de la Atención Primaria, Zonas Remotas, Asignación de Recursos para la Atención de Salud.

## **Primary Health Care resource allocation in rural and remote areas - evidence from international experience**

### **Abstract**

The Declaration of Alma-Ata of 1978 discusses Primary Health Care and expresses the urgent need for government representatives, health workers and the community to take responsibility for promoting health care for all the world's peoples. It is therefore up to political will to develop action plans and strategies to mobilise resources, subsidise care and coordinate health sectors. The entire world community has agreed to make a technical and financial commitment to this end, as well as to respond with extreme urgency and combat inequality in access to health. Both the availability of services, geographical distribution and the characteristics of the health system influence social inequalities in access to and use of facilities. Equity is an important principle for reducing barriers to access. Studies carried out in countries such as the United States and Mexico, which do not have a universal health system, show greater inequalities in access. A study showing inequality in health in urban and rural areas of Brazil points to the lower level of access in rural areas, due to the greater social vulnerability of the population and the greater difficulties in access that their social groups are subjected to. The National Primary Care Policy is an important element in the consolidation and development of the Unified Health System (SUS) in Brazil, taking into account the protagonism of social movements, workers and users, and managers who seek to build the right to health for the entire population on a daily basis. Primary Care in Brazil is based on the premise of acting and intervening in people's immediate surroundings, i.e. as close as possible to their home or work. In this way, access to the health service would be optimised and facilitated, mainly by actions based on the characteristics of the territory and population profile, and on the guiding principles of the SUS: universalisation, equity, linkage, comprehensiveness, continuous care and popular participation. All these problems are still far removed from the complex economic and political context of contemporary capitalism. There is a need for ongoing research into the allocation of resources earmarked for Primary Health Care in remote areas in national and international experience. In view of this, the aim of this study is to use scientific literature to highlight the allocation of resources for Primary Health Care in remote areas in the international experience and to recognise the current challenges for communities living in these regions. This study is an integrative literature review that provides systematic access to and understanding of the state of the art of a phenomenon. After breaking down the review's guiding question: 'What does the scientific literature show about the allocation of resources for Primary Health Care in remote areas?', free terms were removed to

identify the descriptors and synonyms that would be used in the searches. To do this, the Health Sciences Descriptors (DeCS) of the Virtual Health Library (VHL) were used. Once the descriptors had been identified, exploratory tests were carried out by combining them using the Boolean operators AND and OR, thus forming a synthesised expression and then constructing the final syntax. The search was carried out in the following databases: Lilacs/BVS, Web Of Science, PubMed/Medline, Scopus. The search results were transferred to the Zotero programme to exclude duplicates. The titles and abstracts were reviewed using the Rayyan programme. Fifty-eight scientific articles were included in this review. The inclusion criteria for the review were as follows: original articles, available for download, directly addressing primary care, remote areas, rural areas, in a global context. Exclusion criteria were: articles of a different nature, such as essays, debates, systematic reviews, dissertations and theses, and articles that did not directly address the research topic. Most of the articles found describe the allocation of resources in primary care in remote (rural) areas in China. Popular participation to build a community fund as a resource for health care appears to be an important strategy, especially in China and on the African continent. There is also the allocation of resources for the prevention of communicable diseases (e.g. HIV/Aids) and chronic non-communicable diseases (e.g. diabetes, breast cancer). It is noteworthy that traditional health care practices, such as Ayurvedic practices, are being replaced and discontinued to the detriment of biomedical practices. This study has elucidated how resources for primary health care are allocated in remote areas in different parts of the world and the current challenges for communities living in these regions.

**Keywords:** Primary Health Care, Territorialization in Primary Health Care, Remote Areas, Health Care Rationing.

## **Introdução**

A Declaração de Alta-Ata de 1978, discorre sobre os Cuidados Primários de Saúde e expressa a necessidade urgente de que todos representantes governamentais, trabalhadores da saúde e da coletividade tomem como responsabilidade promover o cuidado à saúde de todos os povos do mundo. Portanto cabe da vontade política o desenvolvimento de planos de ações e estratégias para mobilizar recursos, subsidiar o cuidado e coordenar os setores de saúde. Fica acordado a toda comunidade mundial o compromisso técnico e financeiro para este fim.<sup>1</sup>

Nessa Conferência ficou conceituado a saúde como bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença. É um direito humano fundamental e a maior meta social mundial. Requer além das ações em saúde, a articulação entre setores econômicos e sociais. Assim, como também, combater a desigualdade existente no estado de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento ou mesmo dentro do próprio país. Para que seja alcançada é de fundamental importância o desenvolvimento econômico e social baseado em uma ordem internacional pautada na prevenção, promoção e proteção da saúde de forma que contribua para a qualidade de vida e justiça social.

Diante desse exposto, combater a desigualdade no acesso a saúde é de extrema urgência. Alguns países, principalmente europeus usa do princípio da equidade para orientar o acesso ao sistema de saúde. Essa estratégia exige fidelidade ao conceito para que seja implementada políticas a fim de reduzir as desigualdades sociais nos serviços de saúde. Tanto a disponibilidade de serviços, distribuição geográfica como as características do sistema de saúde influenciam nas desigualdades sociais no acesso e no uso dos equipamentos de saúde. A equidade no acesso reduz a barreira no acesso. O estudo mostra que países como Estados Unidos e México que não tem sistema de saúde universal apresentam maiores desigualdades em favor das pessoas mais ricas.<sup>2</sup>

O espaço físico, a distância até os serviços de saúde, configura em barreiras geográficas. Estudo evidencia que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local que residem, retrata a região sul do Brasil como uma das mais ricas do Brasil e apresenta maior desigualdade no acesso. Também conclui que grandes variações nas taxas de utilização e na sua distribuição entre os grupos sociais e nas grandes regiões indicam que as políticas de redução das inequidades no acesso aos serviços de saúde devem ser sensíveis a essa diversidade.<sup>2</sup>

Estudo que demonstra a desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil aponta para a condição de menor acesso nas áreas rurais em detrimento de maior vulnerabilidade social de sua população e das maiores dificuldades de acesso que seus grupos sociais estão submetidos e os resultados reafirmam essa condição.<sup>2</sup>

A Política Nacional de Atenção Básica é um elemento importante para a consolidação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, considerando o protagonismo dos movimentos sociais, dos trabalhadores e usuários, e

gestores que buscam construir no cotidiano o direito à saúde para toda a população.<sup>3</sup> A Atenção Básica no Brasil tem a premissa de atuação e intervenção nos locais de proximidades das pessoas, portanto, o mais próximo de sua residência ou trabalho. Dessa forma, o acesso ao serviço de saúde seria otimizado e facilitado, principalmente por ações embasadas nas características do território de abrangência e perfil populacional, e nos princípios norteadores do SUS: universalização, equidade, vínculo, integralidade, cuidado continuado e participação popular.<sup>4</sup>

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada do SUS e ordenadoras da rede de atenção à saúde, que devem ofertar e garantir o acesso, atenção e assistência à saúde. Em 2023, a Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023 do Ministério da Saúde, instituiu o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde (APS), essa proposta tem a interprofissionalidade como uma de suas diretrizes e constitui um arranjo substitutivo aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). O novo arranjo mantém algumas similaridades com o trabalho do NASF e dispõe de novos mecanismos organizativos e estruturais.<sup>5</sup> Considerando o modelo anterior que se instituiu as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) em UBS construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), o objetivo era a cobertura universal para populações ribeirinhas da Amazônia e Pantanal.<sup>6</sup> Com a nova Portaria, a equipe de unidade básica de saúde (UBS) fluvial se mantém e é acompanhada pela equipe eMulti.<sup>5</sup> Há evidência científica a respeito dos avanços da implementação desta política pública de saúde, principalmente na cobertura de exame citopatológico, vacinação, atendimento odontológico e educação em saúde, por exemplo. Mas ainda é necessário mais investimento nas zonas rurais para proporcionar avanços na cobertura desta população.<sup>7</sup>

No entanto, já existem evidências da falta de menção de estratégia necessária para a adaptação do processo de trabalho e, tão pouco, sobre as ações de saúde direcionadas à singulares destas populações. O que se tem claro nas diretrizes são as composições profissionais mínimas, estrutura física e equipamentos e, no caso de UBSF os dias de viagens. Portanto, há a necessidade de definição de incentivo financeiro a ser concedido aos municípios que aderem à proposta, ou mesmo ter essa possibilidade.<sup>8</sup> Por outro lado, para além das equipes e estruturas já denominadas, as ações e serviços de saúde em comunidades de difícil acessos e mais distantes do que

as embarcações podem chegar, ficam à mercê das políticas públicas de saúde e da gestão destas a partir de ações que são realizadas temporariamente.

Cabe destacar que, menos evidentes nas políticas públicas de saúde ficam as comunidades remotas que não são ribeirinhas e não estão nas proximidades dos rios, como comunidades caboclas, indígenas e quilombolas. Essas comunidades se diferenciam pelas suas características socioespaciais e na sua inserção na lógica econômica, portanto, demandam políticas mais específicas. Uma APS fundada na integralidade, que traz componentes culturais, mostra-se umas das estratégias para garantir o direito à saúde para as pessoas que residem nessas áreas.<sup>9</sup> Estudo realizado em município rural remoto (MMR) mostra diferenças nas formas de ofertar ações de saúde e maiores falhas de cobertura assistencial nas áreas mais rarefeitas e remotas dos municípios, e ainda que há contradições entre o financiamento da APS nacional e as características dos territórios marcado por rarefação populacional e longas distâncias. Sugere, dessa forma, a necessidade de serem consideradas as características do território, sociais e o acesso aos serviços de saúde para a formulação de políticas mais factíveis.<sup>10</sup>

Até a data de publicação da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 <sup>11</sup> que muda a perspectiva da Atenção Básica para cuidado individualizado, mudanças na composição da equipe, no quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nas suas atribuições singulares, diminui a atuação do controle social na tomada de decisão e priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF.<sup>12</sup> O que era previsto na Lei Complementar n.º 141/2012 <sup>13</sup> a alocação de recursos para subsidiar as ações e serviços em saúde eram transferidos com o objetivo de suprir iniquidades como ofertar acesso à saúde, minimizar os riscos de adoecimento, melhorar os indicadores de saúde e qualificar a atenção em municípios mais isolados. Apesar do importante gasto destinado às estruturas físicas e materiais, deslocamento de pessoal e programas para a qualificação da saúde, este custo não deveria ser empecilho para proporcionar acesso à saúde desta população, assim como também, descontinuar políticas já implementadas e deixar de incentivar novas propostas assistenciais de uma população já esquecida e com vulnerabilidade social e sanitária.<sup>14</sup>

Com a publicação da Portaria nº 2.979 que institui o Programa Previne Brasil estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde que agora passa ser constituído pela captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, a alocação de recursos destinados à APS mudou significativamente.<sup>15</sup> Estudo aponta argumentos utilizados para justificar essa portaria

embasado no conceito de eficiência e equidade em uma perspectiva neoclássica e utilitarista, demonstrando que as mudanças recentes na APS estão alinhadas com os avanços neoliberais no campo da saúde, abrindo espaço para a entrada do setor privado nos serviços de APS do Brasil.<sup>16</sup> Dada a situação, isso nos faz indagar o que será das ações e serviços de saúde em locais remotos, de uma população que é atendida parcialmente pelas políticas públicas vigentes e que a maioria vive de atividades de subsistência.

A tipologia usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE que a classifica e caracteriza os espaços rurais e urbanos, divide o território brasileiro em urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural. Essa classificação é base para o Ministério da Saúde fazer a alocação de recursos para a APS destes locais. Segundo o Censo de 2010 são 687 (12,33%) municípios adjacentes; 60 (1,08%) município intermediário remoto; 3043 (54,63%) município rural adjacente; 232 (5,80%) município rural remoto; 1457 (26,16%) município urbano<sup>17</sup>. Considerou-se neste critério a densidade demográfica, de acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação à rede urbana, e também, proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e localização.<sup>18</sup>

A cartilha para apresentação de proposta ao Ministério da Saúde 2023 aborda como o principal objetivo:

“investimento nos próximos anos deve ser assegurar o acesso, a qualidade e a equidade da atenção à saúde da população, a valorização dos profissionais de saúde e o aprimoramento da gestão da saúde. A regionalização do SUS, assim como políticas que visem imprimir equidade ao sistema, é fundamental para atingir os objetivos propostos. Para tanto, os recursos alocados considerarão e refletirão as necessidades regionais, dando prioridade às regiões com vazios sanitários e grandes dificuldades no acesso.”<sup>19</sup>

Estudo de revisão integrativa cita que o princípio da equidade é garantir a alocação de recursos do nível federal aos entes subnacionais e, “Com vistas a alcançar a equidade, é pertinente considerar as dimensões continentais do Brasil, a complexa relação entre os três níveis da federação e a profunda desigualdade de renda, que se manifesta tanto nas classes sociais quanto entre as várias regiões”.<sup>20</sup>

É neste panorama que o presente estudo buscou responder o que a literatura científica apresenta sobre alocação de recursos destinados a Atenção Primária à Saúde em áreas remotas na experiência internacional?

Diante das medidas de austeridade, que temos cada vez mais vivenciado nas políticas públicas de saúde, com foco na mercantilização dos serviços, na contramão do que preconiza a Lei Orgânica 8.080/1990 <sup>21</sup> e com a proposta direcionada ao Ministério da Saúde para a alocação de recursos à saúde, este estudo teve o objetivo evidenciar a partir da literatura científica a alocação de recursos destinados para APS em áreas remotas na experiência internacional e reconhecer os desafios atuais para as comunidades que vivem nessas regiões.

## **MÉTODO**

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura, com essa metodologia investigativa é possível acessar um fenômeno e compreendê-lo a partir do estado da arte que a produção científica oferece. Neste sentido, tem como objetivo selecionar, agrupar e sistematizar o conhecimento científico já publicado sobre um assunto específico. Essa metodologia possibilita também compreender o problema em questão na sua abrangência e ter uma revisão sistematizada da literatura por meio da questão norteadora a que se propõe esse estudo: O que a literatura científica apresenta sobre a alocação de recursos destinados para APS em áreas remotas na experiência internacional e quais os desafios atuais para as comunidades que vivem nessas regiões?.

A partir da decomposição da questão norteadora, foram retirados os termos livres para identificação dos descritores e sinônimos que seriam usados nas buscas. Para isso, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a base de dados que inicialmente foi realizada a busca prévia da literatura foi a BIREME/BVS.

Os descritores identificados foram organizados em três polos: fenômeno (alocação de recursos/financiamento), população (atenção primária à saúde/assistência à saúde primária), e contexto (áreas remotas rurais e remotas na experiência internacional); tomando como base a estratégia Pico/Peco e os critérios Finer.

A partir da identificação dos descritores e organização dos descritores, foram realizados testes exploratórios com a combinação desses descritores utilizando os operadores booleanos AND e OR, e dessa forma, foi formada uma expressão síntese para, posteriormente, chegar na construção da sintaxe final que dialogue com a questão norteadora da revisão. A busca foi realizada em três idiomas: português, inglês e

espanhol na base de dados BIREME/BVS, que é composta pela Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS e a Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE. Trata-se de importante base de dados da área da saúde que alberga parte importante das publicações latino-americanas. Também nas bases de dados Web Of Science, PubMed e Scopus.

**Quadro 1.** Descritores utilizados para identificação das publicações conforme polo de busca.

<b>Polo</b>	<b>Item-chave</b>	<b>Base</b>	<b>Idioma</b>	<b>Descritores</b>
Fenômeno	alocação de recursos/financiamento	BVS	Português	Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Alocação de Recursos; Equidade na Alocação de Recursos; Financiamento per capita; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Financiamento de Capital; Financiamento da Assistência à Saúde; Financiamento Governamental.
			Inglês	Health Care Rationing; Healthcare Financing; Resource Allocation; Equity in the Resource Allocation; Financing per capita; Health System Financing; Capital Financing; Healthcare Financing; Financing, Government.
			Espanhol	Asignación de Recursos para la Atención de Salud; Financiación de la Atención de la Salud; Asignación de Recursos; Equidad en la Asignación de Recursos; Financiación per cápita; Financiación de los Sistemas de Salud; Financiación del Capital; Financiación de la Atención de la Salud; Financiación Gubernamental".
População	atenção primária à saúde/assistência à saúde primária	BVS	Português	Atenção Primária à Saúde; Modelos de Assistência à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Técnica ao Planejamento em Saúde; Assistência Domiciliar; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Disparidades em Assistência à Saúde; Serviços de Saúde Comunitária; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Gestão de Recursos da Equipe de Assistência à Saúde".
			Inglês	Primary Health Care; Healthcare Models; Comprehensive Health Care; Home Care Services; Health Planning Technical Assistance; Home Nursing; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Healthcare Disparities; Community Health Services; Universal Access to Health Care Services; Crew Resource Management, Healthcare.
			Espanhol	Atención Primaria de Salud; Modelos de Atención de Salud; Atención Integral de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Asistencia Técnica a la Planificación en Salud;

				Atención Domiciliaria de Salud; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Disparidades en Atención de Salud; Servicios de Salud Comunitaria; Acceso Universal a los Servicios de Salud; Gestión de Recursos de Personal en Salud.
Contexto	áreas remotas no Sistema Único de Saúde	BVS	Português	Zonas Remotas; Telemedicina para as Zonas Rurais e Remotas; Medicina Selvagem; Enfermagem Rural; Serviços de Saúde Rural; Saúde da População Rural; População Rural; Telemedicina para as Zonas Rurais e Remotas; Quilombolas.
			Inglês	Remote Areas; Telemedicine for Rural and Remote; Areas Wilderness Medicine; Rural Health Services; Rural Nursing; Rural Health; Rural Population; Telemedicine for Rural and Remote; Areas Quilombola Communities.
			Espanhol	Zonas Remotas; Telemedicina para Zonas Rurales y Remotas; Medicina Silvestre; Enfermería Rural; Servicios de Salud Rural; Salud Rural; Población Rural; Telemedicina para Zonas Rurales y Remotas; Quilombola.

Nota: DeCS/BVS–Descritores em Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde;

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

## Quadro 2. Sintaxe final segundo descritores identificados na busca.

Base de dados	Sintaxe final em inglês	Número de resultados retornados
BVS	("Health Care Rationing" OR "Healthcare Financing" OR "Resource Allocation" OR "Equity in the Resource Allocation" OR "Financing per capita" OR "Health System Financing" OR "Capital Financing" OR "Healthcare Financing" OR "Financing, Government") AND ("Primary Health Care" OR "Healthcare Models" OR "Comprehensive Health Care" OR "Home Care Services" OR "Health Planning Technical Assistance" OR "Home Nursing" OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation" OR "Healthcare Disparities" OR "Community Health Services" OR "Universal Access to Health Care Services" OR "Crew Resource Management, Healthcare") AND ("Remote Areas" OR "Telemedicine for Rural and Remote" OR "Areas Wilderness Medicine" OR "Rural Health Services" OR "Rural Nursing" OR "Rural Health" OR "Rural Population" OR "Telemedicine for Rural and Remote" OR "Areas Quilombola Communities")	0
Scopus	("Health Care Rationing" OR "Healthcare Financing" OR "Resource Allocation" OR "Equity in the Resource Allocation" OR "Financing per capita" OR "Health System Financing" OR "Capital Financing" OR "Healthcare Financing" OR "Financing, Government") AND ("Primary Health Care" OR "Healthcare Models" OR "Comprehensive Health Care" OR "Home Care Services" OR "Health Planning Technical Assistance" OR "Home Nursing" OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation" OR "Healthcare Disparities" OR "Community Health Services" OR "Universal Access to Health Care Services" OR "Crew Resource Management, Healthcare") AND ("Remote Areas" OR "Telemedicine for Rural and Remote" OR "Areas Wilderness Medicine" OR "Rural Health Services" OR "Rural Nursing" OR "Rural Health" OR "Rural Population" OR	298

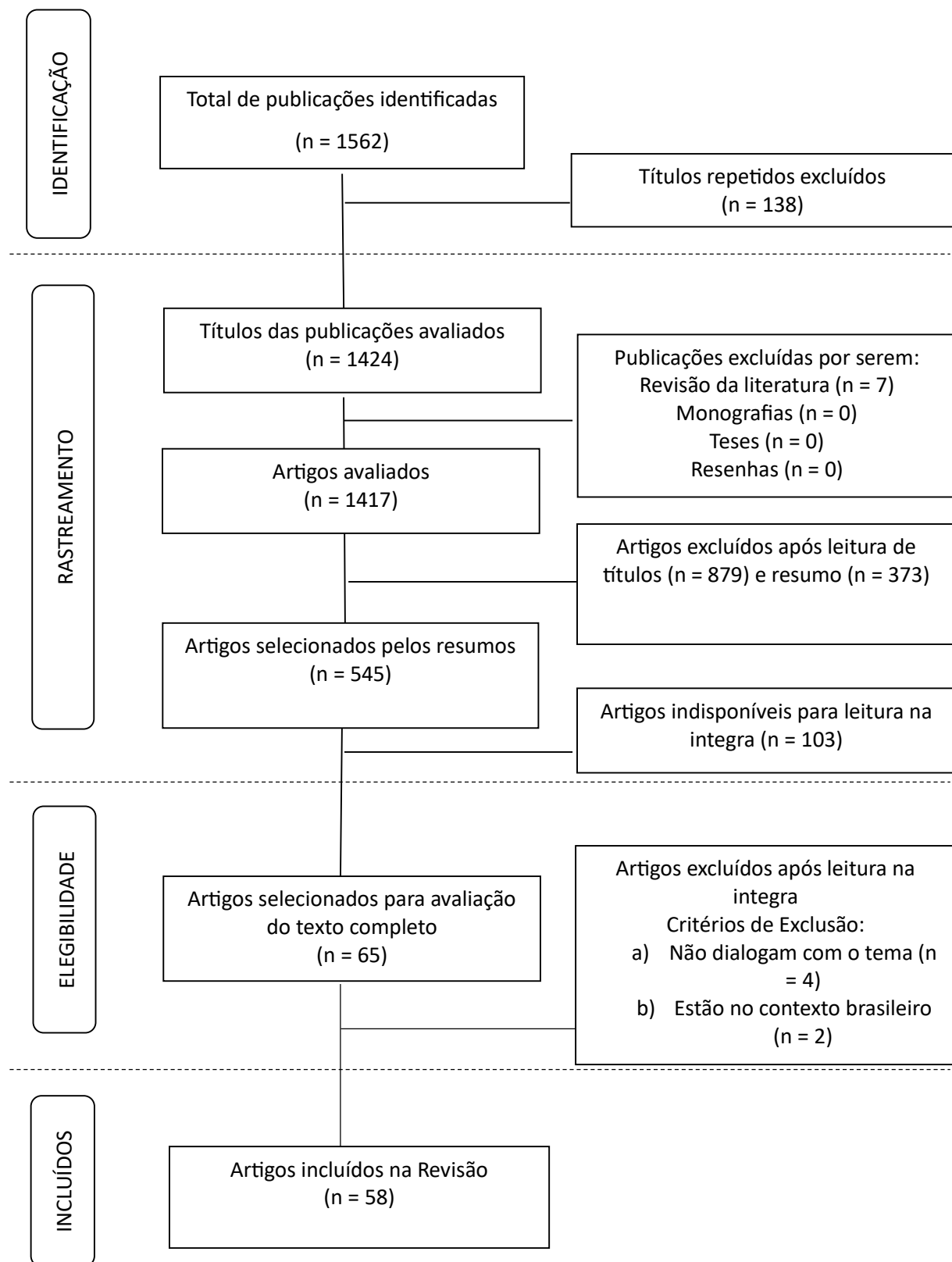
	“Telemedicine for Rural and Remote” OR “Areas Quilombola Communities”)	
Web of Science	(“Health Care Rationing” OR “Healthcare Financing” OR “Resource Allocation” OR “Equity in the Resource Allocation” OR “Financing per capita” OR “Health System Financing” OR “Capital Financing” OR “Healthcare Financing” OR “Financing, Government”) AND (“Primary Health Care” OR “Healthcare Models” OR “Comprehensive Health Care” OR “Home Care Services” OR “Health Planning Technical Assistance” OR “Home Nursing” OR “Health Care Quality, Access, and Evaluation” OR “Healthcare Disparities” OR “Community Health Services” OR “Universal Access to Health Care Services” OR “Crew Resource Management, Healthcare”) AND (“Remote Areas” OR “Telemedicine for Rural and Remote” OR “Areas Wilderness Medicine” OR “Rural Health Services” OR “Rural Nursing” OR “Rural Health” OR “Rural Population” OR “Telemedicine for Rural and Remote” OR “Areas Quilombola Communities”)	1264
PubMed	(“Health Care Rationing” OR “Healthcare Financing” OR “Resource Allocation” OR “Equity in the Resource Allocation” OR “Financing per capita” OR “Health System Financing” OR “Capital Financing” OR “Healthcare Financing” OR “Financing, Government”) AND (“Primary Health Care” OR “Healthcare Models” OR “Comprehensive Health Care” OR “Home Care Services” OR “Health Planning Technical Assistance” OR “Home Nursing” OR “Health Care Quality, Access, and Evaluation” OR “Healthcare Disparities” OR “Community Health Services” OR “Universal Access to Health Care Services” OR “Crew Resource Management, Healthcare”) AND (“Remote Areas” OR “Telemedicine for Rural and Remote” OR “Areas Wilderness Medicine” OR “Rural Health Services” OR “Rural Nursing” OR “Rural Health” OR “Rural Population” OR “Telemedicine for Rural and Remote” OR “Areas Quilombola Communities”)	103

Nota: DeCS/BVS–Descritores em Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde;

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Como critério de inclusão para a seleção dos artigos e revisão das publicações definiu-se como: as publicações que abordassem o tema estudado e dialogassem com a pergunta de pesquisa, que fossem artigos científicos, tivesse o arquivo completo disponível para *download*; como critérios de exclusão: artigos científicos que necessitam de pagamento, anais de congresso, multimídia, relatórios técnicos, revisões de livros, revisões sistemáticas. Foram excluídos nesta revisão literatura cinza/cinzenta: dissertações, tese e resenhas.

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão.



Os resultados das buscas foram transferidos para o *software* Zotero (gerenciador de referência) para exclusão das duplicidades. Análise dos títulos e resumos foram avaliadas no *software* Rayyan recomendado para revisões de literatura.

Para o processo de seleção dos artigos do estudo foi utilizado o Fluxograma Prisma. Foram identificados, inicialmente, 1562 artigos, onde foram excluídos 138 títulos duplicados; na segunda fase das 1424 publicações restantes foram excluídos 7 por serem estudos de revisão de literatura, 879 artigos após a leitura dos títulos utilizando os seguintes marcadores textuais: *rural*, *resource allocation*, *remote areas*, *primary health* e 373 após a leitura dos resumos. Foram excluídos 103 por indisponibilidade para leitura do documento na íntegra e foram elegíveis para o estudo 58 artigos.

### Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu o método para revisão passando pelas etapas de extração, visualização, comparação e conclusões dos dados. Os artigos escolhidos para inclusão no estudo foram extraídos com base na questão norteadora, e foi elaborado uma tabela com os dados desses documentos que incluem: autor, ano de publicação, objetivo, principais resultados e conclusão, apresentados no Quadro 3. A síntese integradora dos dados é apresentada de forma categorial-narrativa. Os dados encontrados através desta revisão integrativa foram analisados à luz da economia política da saúde.

**Quadro 3:** Descrição dos objetivos, métodos, principais resultados e conclusões.

Nº	Autor/Ano/ Localização Geográfica	Título do Estudo	Objetivos do Estudos	Principais Resultados	Principais Conclusões
1	Blake, K.D.; Moss, J.L.; Gaysynsky, A.; Srinivasan, S.; Croyle, R.T. (2017) EUA, Continente América do Norte	Making the case for investment in rural cancer control: An analysis of rural cancer incidence, mortality, and funding trends	Demonstrar as disparidades rurais-urbanas no câncer e examinar as subvenções de controle do câncer financiadas pelo NCI focadas nas populações rurais	Maior incidência e mortalidade em áreas rurais foram observadas para câncer de colo de útero, colorretal, rim, pulmão, melanoma e orofaringe. Foram financiadas 48 subvenções com foco rural do mecanismo.	É necessário mais investimento para separar os efeitos do SES a nível individual e dos fatores a nível da área para compreender os efeitos observados da ruralidade sobre o cancro.
2	Ricketts, T.C.; Konrad, T.R.; Wagner, E.H. (1983) EUA, Continente América do Norte	An evaluation of subsidized rural primary care programs: II. The environmental contexts	Analisar o Impacto do Contexto Ambiental em Programas de Atenção Primária Rural Subsidiados. O estudo busca construir uma compreensão mais profunda sobre como as características das comunidades rurais influenciam a implementação e os	Os programas subsidiados tiveram um impacto considerável, mas seletivo na colocação de recursos de saúde primária em áreas rurais. Eles tendem a evitar comunidades racial e etnicamente heterogêneas focando em comunidades homogêneas com maiores níveis de necessidade como aquelas com menor renda per capita e menos recursos de saúde existentes. O estudo sugere que a presença de programas de cuidados primários subsidiados está associada a	A conclusão do estudo sobre programas de cuidados primários rurais subsidiados enfatiza a importância dos contextos ambientais na eficácia e na sustentabilidade desses programas.

			resultados dos programas de saúde, com o objetivo final de melhorar a implementação de políticas públicas para a saúde rural.	uma variedade de características ambientais. A relação entre a porcentagem da população minoritária e a presença de programas é uma descoberta intrigante indicando que a capacidade das comunidades de se organizar para buscar apoio financeiro pode variar. Apesar do sucesso em algumas áreas, muitas comunidades rurais continuam subatendidas e podem não adquirir serviços médicos no futuro próximo, mesmo com um número geralmente aceito de médicos disponíveis.	
3	Eyre, R.; Gauld, R. (2003) <b>Nova Zelândia,</b> Oceania	Community participation in a rural community health trust: The case of Lawrence, New Zealand	Investigar se o modelo de fundos comunitários de saúde na Nova Zelândia, implementado para garantir a sobrevivência de hospitais rurais, estava de fato facilitando a participação da comunidade na tomada de decisões e no desenvolvimento dos serviços de saúde.	Altos níveis de participação foram encontrados em cada uma dessas dimensões. A pesquisa revelou dimensões adicionais que poderiam ser adicionadas à estrutura, incluindo "sustentabilidade da participação", "equidade na participação" e "o contexto sociopolítico dinâmico". Nesse sentido, ele apoia o trabalho teórico recente de Laverack (2001) e Laverack e Wallerstein (2001)	O estudo demonstra que é possível avaliar a participação da comunidade na governança de serviços de saúde comunitários, utilizando ferramentas como o modelo pentagrama de Rifkin. A recente reestruturação do sistema de saúde na Nova Zelândia, com a criação de conselhos distritais de saúde e a exigência de organizações de saúde primárias, traz incertezas para o futuro dos fundos comunitários como Lawrence. A delegação dos contratos de financiamento para o nível distrital e a possibilidade de formação de organizações inter-trust podem comprometer o caráter e o espírito de participação comunitária desses fundos.
4	Wakerman, J.; Sparrow, L.; Thomas, S.L.; Humphreys, J.S.; Jones, M. (2017) <b>Austrália,</b> Oceania	Equitable resourcing of primary health care in remote communities in Australia's Northern Territory: A pilot study	Este estudo piloto procurou determinar qual financiamento é necessário para garantir o acesso equitativo a cuidados de saúde primários sustentáveis e de alta qualidade independentemente do afastamento geográfico das comunidades.	Observou relação linear direta entre o custo total dos serviços de CSP residentes e a população, enquanto o custo per capita diminuiu com o aumento da população. Os serviços nas comunidades mais pequenas tinham um número mais elevado de pessoal de enfermagem por 1000 residentes e forneciam mais consultas per capita do que os das comunidades maiores. O número de dias de serviços de visita recebidos por uma comunidade a cada ano também aumentou com a população. Uma regressão linear com inferência estatística inicial previu uma equação de regressão significativa onde o custo dos serviços residentes por ano é igual a do custo dos serviços residentes.	Os resultados da investigação fornecem evidências empíricas baseadas em custos reais para orientar o financiamento de serviços de CSP remotos que tenham em conta os requisitos de segurança e equidade para um serviço mínimo viável. Este método pode ser utilizado como uma abordagem transparente e coordenada para garantir a prestação equitativa de CSP sustentáveis e de alta qualidade em comunidades remotas. Isto, por sua vez, contribuirá para melhores resultados de saúde.
5	Ong, K.S.; Carter, R.; Kelaher, M.; Anderson, I. (2012) <b>Austrália,</b> Oceania	Differences in primary health care delivery to Australia's Indigenous population: A template for use in economic evaluations	Descrever um método para superar a deficiência na saúde para a população indígena da Austrália. Foi desenvolvido um modelo que pode adaptar dados de intervenção de saúde convencionais ao cenário indígena.	O modelo indica que mais recursos são necessários na entrega de intervenções de saúde via ACCHSs, devido à sua natureza abrangente. Como resultado, os custos de tais intervenções são maiores. No entanto, isso é acompanhado por maiores benefícios devido ao melhor acesso ao serviço de saúde. No caso da intervenção polypill, 58% mais custos estavam envolvidos na entrega via ACCHSs, com 50% mais benefícios. As taxas de custo-efetividade também foram alteradas de acordo.	Os resultados da investigação fornecem evidências empíricas baseadas em custos reais para orientar o financiamento de serviços de CSP remotos que tenham em conta os requisitos de segurança e equidade para um serviço mínimo viável. Este método pode ser utilizado como uma abordagem transparente e coordenada para garantir a prestação equitativa de CSP sustentáveis e de alta qualidade em comunidades remotas. Isto contribuirá para melhores resultados de saúde.
6	Burns, C.B.; Clough, A.R.; Currie, B.J.; Thomsen, P.; Wuridjal, R. (1998) <b>Austrália,</b> Oceania	Resource requirements to develop a large, remote Aboriginal health service: Whose responsibility?	Detalhar o financiamento do governo do Território para a saúde primária aborígine na região de Maningrida.	A morbidade infantil era alta, com crianças menores de dois anos tendo uma média de 1,4 internações hospitalares por ano. A pirâmide etária refletia a mortalidade prematura de adultos a partir da terceira década de vida. Os provedores de serviços identificaram pessoal e infraestrutura inadequados como barreiras ao	O Modelo de Prestação de Serviços de Saúde Indígena revela diferenças significativas na forma como as intervenções de saúde são prestadas pelos ACCHSs em comparação com as práticas de GP tradicionais. É importante que essas diferenças sejam incluídas na condução de avaliações econômicas para garantir

				desenvolvimento de serviços. As consultas comunitárias enfatizaram a necessidade de médicos residentes, serviços aprimorados de postos avançados e cuidados para idosos, treinamento local para profissionais de saúde aborígenes e moradia para a equipe. Esses desenvolvimentos exigiriam que os gastos com cuidados primários de saúde per capita (US\$ 872) fossem dobrados. Os povos aborígenes em áreas remotas são desfavorecidos pelas fórmulas de financiamento da Commonwealth Grants Commission e pela falta de acesso ao Medicare. Como única fonte de financiamento, o Território do Norte gasta mais de US\$ 1,83 milhão por ano fornecendo serviços de saúde em Maningrida. Além disso, o estudo propôs que a Commonwealth gastasse US\$ 1,96 milhão por ano ao longo de cinco anos em pessoal e infraestrutura	que os resultados sejam relevantes para os australianos indígenas. Técnicas semelhantes seriam generalizáveis para outras populações minoritárias desfavorecidas. Isso permitirá que os tomadores de decisão de alocação de recursos tenham acesso a evidências econômicas que representem com mais precisão as necessidades e o contexto de grupos desfavorecidos, o que é particularmente importante se abordar as desigualdades de saúde for uma meta declarada.
7	Thomas, SL; Wakerman, J; Humphreys, JS. (2014) <b>Australia</b> , Continente Oceania	What core primary health care services should be available to Australians living in rural and remote communities?	Desenvolver um modelo para auxiliar formuladores de políticas e planejadores de serviços na garantia de uma alocação justa de recursos escassos para serviços de saúde primários (CSP) na Austrália. O estudo visa identificar os serviços de CSP essenciais que devem estar disponíveis para todos os australianos, independentemente de sua localização.	Trinta e nove especialistas concordaram em participar. Após três rodadas de pesquisa, houve um forte consenso ( $\geq 80\%$ de concordância) sobre os principais serviços de APS, a saber: 'cuidados com doentes e feridos', 'saúde mental', 'saúde materna/infantil', 'saúde aliada', 'saúde sexual/reprodutiva', 'reabilitação', 'saúde oral/odontológica' e 'saúde pública/prevenção de doenças'; e sobre as funções de suporte de APS de: 'gestão/governança/liderança', 'coordenação', 'infraestrutura de saúde', 'sistemas de qualidade', 'sistemas de dados', 'desenvolvimento profissional' e 'participação comunitária'. Os temas que surgiram dos dados qualitativos incluíram desafios no fornecimento de APS equitativa em áreas rurais e remotas, a importância da coordenação de serviços e estratégias diversas para superar as barreiras de acesso.	Este estudo identifica uma cesta de serviços de APS que os consumidores em comunidades rurais e remotas podem esperar acessar. Ele fornece evidências rigorosamente derivadas que contribuirão para uma abordagem mais sistemática ao planejamento e disponibilidade de serviços de APS e auxiliarão os formuladores de políticas na alocação de recursos escassos necessários para melhorar os resultados de saúde de residentes de áreas rurais e remotas.
8	Zhao, YJ; Russell, DJ; Guthridge, S; Ramjan, M; Jones, MP; Humphreys, JS; Wakerman, J. (2019) <b>Australia</b> , Continente Oceania	Cost impact of high staff turnover on primary care in remote Australia	Estimar os custos de prestação de cuidados primários e quantificar o impacto nos custos da alta rotatividade de pessoal em comunidades remotas do Território do Norte (NT).	Em média, em preços constantes, houve um aumento anual de quase 10% nas despesas de clínicas remotas entre 2004 e 2015 e um aumento anual de quase 15% nos números de consultas desde 2007. Em termos reais, os custos médios por consulta diminuíram acentuadamente de A\$ 273 em 2007 para A\$ 197 em 2015, um valor ainda bem acima da taxa de faturamento em massa do Medicare. Os diferenciais de custo entre as clínicas foram proporcionais à rotatividade de pessoal e ao afastamento. Uma taxa de rotatividade anual 10% maior diz respeito a um aumento de A\$ 6,12 nos custos por consulta.	A alta rotatividade de pessoal exacerba os custos já altos de fornecer cuidados primários em áreas remotas, custando aproximadamente A\$ 50 extras por consulta. Isso equivale a um extra de A\$ 400.000 por clínica por ano em média, ou A\$ 21 milhões anualmente para o governo do Território do Norte. Com o tempo, investimentos sustentados no desenvolvimento de uma força de trabalho de cuidados primários mais estável não devem apenas melhorar os cuidados primários em áreas remotas, mas também reduzir os custos de rotatividade excessiva e os custos gerais de prestação de serviços.
9	Tesler, LE. (2010) <b>Nicaragua</b> América Central	The social relations of health care and household resource allocation in neoliberal Nicaragua	Como as políticas de saúde globais e nacionais repercutiram nas relações sociais de uma rede estendida de parentes femininas em uma comunidade rural durante o final de 2002 - 2003	A erosão contínua de serviços vitais anteriormente fornecidos pelo setor público gerou considerável frustração e tensão entre famílias, redes de parentes estendidos e vizinhos. À medida que as alocações de recursos para busca de cuidados de saúde e outras necessidades eram negociadas dentro e entre famílias, ideais de longa data de troca recíproca persistiam, mas em condições de pobreza, as expectativas eram frequentemente não cumpridas, expondo a tensão entre a necessidade	Em conformidade com as políticas de ajuste estrutural neoliberal ordenadas por agências multilaterais e bilaterais, os serviços de saúde fornecidos pelo governo foram severamente restringidos na Nicarágua. À medida que a rede de segurança nacional para assistência médica foi erodida, a viabilidade das formações sociais de nível local e sua capacidade de responder às lutas coletivamente também foram colocadas em risco. As agências

				de apoio social versus o posicionamento cada vez mais oposto dos membros da rede social como fontes de competição por recursos limitados.	bilaterais e multilaterais precisam levar em conta as necessidades e demandas locais e implementar políticas de uma maneira que respeite as leis nacionais e proteja o bem-estar físico e social dos indivíduos.
10	Thanh, N.X.; Lindholm, L. (2012) <b>Vietnã</b> , Continente Asiático	Has Vietnam Health care funds for the poor policy favored the elderly poor?	Investigar os impactos desta política em domicílios idosos Health Care Funds for the Poor (HCFP).	No primeiro período (2001–2003), não houve diferenças significativas entre os tratados e os controles. Isso pode ser explicado pelo atraso na implementação da política pelos governos locais. No segundo (2001–2005) e terceiro período (2001–2007), as utilizações de Postos de Saúde Comunitários (CHS) e farmácias de venda livre foram significativas. Os tratados estavam usando mais CHS e farmácias entre 2001 e 2007, enquanto as famílias de controle diminuíram seu uso.	As principais descobertas sugerem que o HCFP atingiu algumas metas, mas não todas no grupo de domicílios com pelo menos um membro idoso. A utilização de CHS e farmácias aumentou, enquanto a mudança em HCE como uma proporção das despesas totais não foi significativa. Até certo ponto, os cuidados de saúde privados e o autotratamento são substituídos por mais utilização de CHS, indicando que os idosos pobres estão em melhor situação. No entanto, esforços adicionais são necessários para ajudá-los a acessar níveis mais altos de cuidados de saúde pública e para reduzir seu HCE.
11	Ir, P.; Horemans, D.; Souk, N.; Van Damme, W. (2010) <b>Camboja</b> , Continente Asiático	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	Avaliar a eficácia na melhoria do acesso a parteiras qualificadas para mulheres pobres em três distritos de saúde rurais no Camboja e extraímos lições para melhorias e ampliação adicionais.	Os partos em unidades de saúde aumentaram acentuadamente de 16,3% do número esperado de nascimentos em 2006 para 44,9% em 2008 após a introdução dos esquemas de voucher e HEF, não apenas para beneficiários de voucher e HEF, mas também para partos pagados. O aumento foi muito mais substancial do que em distritos comparáveis sem esquemas de voucher e HEF. Em 2008, os beneficiários de voucher e HEF foram responsáveis por 40,6% do número esperado de nascimentos entre os pobres. Também descrevemos várias limitações do esquema de voucher.	Vouchers mais HEFs, se cuidadosamente projetados e implementados, têm um forte potencial para reduzir barreiras financeiras e, portanto, melhorar o acesso a parteiras qualificadas para mulheres pobres. Para atingir seu potencial máximo, vouchers e HEFs exigem outras intervenções para garantir o fornecimento de serviços de maternidade de qualidade suficiente e para abordar outras barreiras não financeiras à demanda. Se essas condições forem atendidas.
12	Berman, P. (1989) <b>Indonésia</b> , Continente Asiático	Cost efficiency in primary health care: Studies of health facilities in Indonesia	Avaliar a eficiência de custos de diferentes tipos de instalações de saúde rural na Indonésia, especificamente comparando centros de saúde e subcentros em relação à prestação de serviços ambulatoriais. O estudo busca identificar se existem diferenças sistemáticas nos custos associados a esses tipos de instalações e como a organização dos serviços de saúde pode impactar a eficiência e a equidade do sistema de saúde. Além disso, de fornecer insights sobre a alocação de recursos e o planejamento de saúde em países de baixa renda.	Os centros de saúde apresentaram custos ligeiramente inferiores em comparação aos subcentros para serviços de cuidados curativos e saúde materno-infantil/família planejamento (MCH/FP). Os serviços prestados por trabalhadores de saúde comunitários (CHWs) mostraram-se significativamente menos custosos do que os cuidados baseados em clínicas. Isso sugere que a delegação de serviços rotineiros a CHWs pode resultar em economias substanciais e é uma justificativa para programas comunitários. A taxa de redução de custos pode ser maior para subcentros em comparação com centros de saúde, o que sugere um potencial para melhorar a eficiência através da maior utilização. Os subcentros foram favorecidos por usuários de baixa renda, indicando um benefício de equidade na expansão de unidades mais periféricas, desde que a qualidade dos serviços seja mantida.	O estudo concluiu que análises mais sofisticadas das funções de custo das instalações são necessárias para melhorar a alocação de recursos e o planejamento de saúde em países de baixa renda. Isso inclui a consideração de variáveis como tamanho da população do distrito, densidade, combinação de casos e qualidade do atendimento. Enfatiza a importância de uma abordagem equilibrada que considere tanto a eficiência de custos quanto a equidade no acesso aos serviços de saúde.
13	Alonge, O.; Gupta, S.; Engineer, C.; Salehi, AS; Peters, DH. (2015) <b>Afganistão</b> , Continente Asiático	Assessing the pro-poor effect of different contracting schemes for health services on health facilities in rural Afghanistan	Examinar o efeito distributivo de diferentes tipos de contratação na prestação de serviços primários de saúde entre os pobres e os não pobres no Afeganistão rural.	A amostra abrangeu 5960 entrevistas de 306 unidades de saúde em 2005 e 2008. As probabilidades ajustadas de um cliente pobre frequentar uma unidade de saúde ao longo do tempo aumentaram significativamente para unidades. Quando comparado com as unidades não contratantes, a razão ajustada de odds ratios de status pobre entre clientes foi significativamente maior.	O acordo CO-1, que permite que os contratantes decidam como os fundos são alocados dentro de um montante fixo com resultados não negociáveis e gerenciados ativamente por uma agência governamental independente, é eficaz para melhorar a equidade na prestação de serviços de saúde.

14	Bishai, D; Niessen, LW; Shrestha, M. (2002) <b>Nepal,</b> Continente Asiático	Local governance and community financing of primary care: evidence from Nepal	Este estudo pergunta se o status social dos membros de um comitê de apoio local está associado às contribuições da comunidade para a APS.	A regressão logística bivariada e multivariada avaliou a probabilidade de contribuição financeira, pois ela se relacionava com a composição de casta e gênero do VDC, bem como outras características do VDC e da unidade. VDCs com a maioria dos membros do comitê em castas diferentes das duas mais altas tinham maiores chances de contribuir para o centro de saúde.	Concluímos que os comitês de desenvolvimento local com uma maior representação de membros de casta média e baixa têm mais probabilidade de contribuir financeiramente para a unidade de saúde local. Pesquisas futuras devem determinar os fatores que levam algumas aldeias a incluir moradores de casta baixa no governo local.
15	Robin, TA; Khan, MA; Kabir, N; Rahaman, SKT; Karim, A; Mannan, II; George, J; Rashid, I. (2019) <b>Bangladesh,</b> Continente Asiático	Using spatial analysis and GIS to improve planning and resource allocation in a rural district of Bangladesh	Explorar a eficácia com que os gerentes de saúde do governo local usaram mapas com dados espaciais para planejamento, alocação de recursos e monitoramento de programas.	O projeto observou melhorias na disponibilidade e utilização de serviços de saúde nos sindicatos de maior prioridade em 2016. O processamento rápido de mapas durante as sessões de planejamento foi desafiador. No entanto, gerentes e participantes expressaram sua satisfação com o uso da análise espacial, e houve uma necessidade expressa de mais GIS baseado na web, tanto para melhorar a prestação de serviços em nível comunitário quanto para revisar o desempenho em reuniões mensais. Apesar de algumas limitações, o uso de mapas GIS ajudou os gerentes de saúde locais a identificar lacunas nos serviços de saúde, priorizar sindicatos mal atendidos e monitorar resultados.	A avaliação do processo observou que a análise de dados com mapas envolveu mais gerentes de saúde locais e provedores de serviços para análise de situação e priorização de sindicatos. Além disso, comparações ao longo de 2 anos mostraram aumentos na utilização do orçamento e atualização de pontos de prestação de serviços em sindicatos identificados. Mapas também foram usados em revisões trimestrais e reuniões de advocacia para monitorar indicadores de desempenho e exibiram melhorias na notificação de óbitos. Nossa avaliação sugere que o uso de um e-MIS com um sistema de mapeamento integrado pode facilitar o uso de mapas para planejamento por funcionários do governo.
16	Purnamasari, T; Puspandari, DA; Hasanbasri, M; Hafidz, F; Muttaiqien, M; Susilowati, H; Purwestri, YA; Afiahayati; Gunadi; Dharmastiti, R; Nuringtyas, TR; Jenie, RI; Dewi, FST; Putri, RF. (2020) <b>Indonésia,</b> Continente Asiático	Regional government concerns in health services in remote areas: Case study on special capitation policies in North Bengkulu Regency	A percepção das partes interessadas envolvidas é necessária para ver se a determinação de critérios para áreas desfavorecidas para beneficiários de fundos de capitação especial está de acordo com os regulamentos existentes ou não.	O governo local não ajuda a questionar o assunto para o BPJS ou ajuda de outras maneiras para que os cuidados de saúde que não recebem fundos de capitação especial ainda possam fornecer serviços ideais como outros cuidados de saúde remotos. Este estudo descobriu que a falta de socialização sobre serviços de saúde em áreas remotas para autoridades não sanitárias em governos locais é a causa do fraco apoio dos governos locais	Esta pesquisa mostra que a aplicação de políticas centrais sem revisão e verificação conjuntas com stakeholders locais pode levar a situações improdutivas. Os governos locais também devem buscar soluções para que os cuidados de saúde em áreas remotas que não recebem fundos de capitação especial continuem a funcionar de forma otimizada.
17	Dutta, M; Mohan, P; Mohan, SB; Ponnappan, V; Satyavageeswaran, P. (2020) <b>Índia,</b> Continente Asiático	Financing primary healthcare for rural areas	A Consulta sobre Financiamento de Cuidados Primários de Saúde foi organizada para extrair lições para a sustentação financeira de iniciativas abrangentes e equitativas de cuidados primários de saúde.	A Consulta extraiu insights das experiências e evidências compartilhadas pelos participantes sobre as formas de financiar serviços de saúde primários de forma sustentável, especialmente para populações carentes. Os modelos de financiamento discutidos incluem parceria público-privada, taxas de usuário, financiamento comunitário, assinatura e subsídio cruzado. Estratégias de redução de custos, como transferência de tarefas e uso de tecnologia apropriada, também foram identificadas como essenciais para melhorar a eficiência na prestação de serviços.	As discussões na consulta reafirmaram o valor do aumento dos gastos do governo em assistência médica primária para melhorar a saúde da população. Em vista da incapacidade do governo de estender o alcance em áreas mais rurais, a consulta também reafirmou o valor das iniciativas não governamentais na prestação de assistência médica primária. A Consulta gerou aprendizados sobre como essas iniciativas podem sustentar os serviços em escala, ao mesmo tempo em que minimizam os gastos e melhoram a eficiência.
18	Ghosh, P; Sadhukhan, SK; Dasgupta, A; Paul, B; Ghose, S; Biswas, A. (2023)	Scourge of out-of-pocket expenditure on health: A study on its burden and predictors in a rural community of West Bengal	Este estudo estimou o OOPE entre os residentes de uma comunidade rural em Bengala Ocidental e explorou os fatores associados com altas despesas OOP.	Apenas 14,6% das pessoas mórbitas tiveram gastos catastróficos. A incidência de gastos catastróficos foi maior entre aqueles que optaram por médicos particulares e/ou instalações de ayurveda, yoga e naturopatia, unani, siddha e homeopatia (AYUSH). Não houve gastos catastróficos para o setor	A promoção para maior utilização de instalações de saúde pública pode reduzir o fardo das despesas OOP. Os esquemas de seguro saúde do governo devem ser ampliados com a inclusão da cobertura de serviços ambulatoriais. Integrar serviços AYUSH no setor público é outra

	<b>Índia,</b> Continente Asiático			não qualificado. Houve uma tendência crescente de pagamentos OOP entre os grupos socioeconômicos mais baixos. Novamente, indivíduos de baixa renda tiveram uma participação maior nos gastos cumulativos (coeficiente de Gini de 0,35). A maioria dos participantes (78,4%) não tinha cobertura de seguro saúde.	opção para reduzir as despesas OOP.
19	Quintussi, M; Van de Poel, E; Panda, P; Rutten, F. (2015) <b>Índia,</b> Continente Asiático	Economic consequences of ill-health for households in northern rural India	Descrever a importância relativa da má saúde em comparação a outros eventos adversos, os condutos pelos quais a má saúde afeta o bem-estar familiar e as estratégias usadas para financiar essas despesas	Eventos adversos relacionados à saúde foram os segundos mais comuns (34%), depois de desastres naturais (51%). Doenças de colheitas e gado e casamentos afetaram cerca de 8% das famílias. Apenas um quarto das famílias relatou ter se recuperado de doenças e/ou morte na família (na época da pesquisa). A maior parte do fardo econômico das famílias relacionado à saúde precária dependia de custos médicos diretos, mas custos indiretos (como perda de rendimentos e custos de transporte ou alimentação) também não eram desprezíveis. Quase metade das despesas com saúde foram feitas para condições crônicas. As famílias tentaram lidar com as despesas relacionadas à saúde principalmente por meio de despoupança, empréstimos e vendas de ativos. Poucas famílias relataram ter que reduzir o consumo (de alimentos) em resposta à saúde precária.	Na ausência de esquemas de pré-financiamento, eventos de problemas de saúde representam uma ameaça substancial ao bem-estar familiar na Índia rural. Embora a maioria das famílias pareça ser capaz de suavizar o consumo no curto prazo, estratégias de enfrentamento como vender ativos e tomar empréstimos de agiotas provavelmente terão consequências graves no longo prazo. Como a maioria dos riscos econômicos das famílias relacionados a problemas de saúde parece depender de gastos diretos, a introdução do seguro saúde pode contribuir significativamente para aliviar as dificuldades econômicas das famílias na Índia rural. A importância do cuidado com doenças crônicas, no entanto, representa um grande desafio para a sustentabilidade dos esquemas de seguro saúde comunitários, uma vez que é necessário garantir um grau suficiente de agrupamento de riscos.
20	Binnendijk, E; Koren, R; Dror, DM. (2012) <b>Índia,</b> Continente Asiático	Hardship financing of healthcare among rural poor in Orissa, India	Este estudo examina o "financiamento de dificuldades" relacionado à saúde para obter melhores insights sobre como as famílias pobres financiam seus custos de saúde do próprio bolso.	No geral, cerca de 25% dos domicílios (que tiveram algum custo de assistência médica) relataram dificuldades financeiras durante o ano anterior à pesquisa. Entre os domicílios que passaram por uma hospitalização, essa porcentagem foi de quase 40%, mas mesmo entre os domicílios com cuidados ambulatoriais ou relacionados à maternidade, cerca de 25% passaram por dificuldades financeiras. O financiamento de dificuldades é explicado não apenas pela riqueza da família (medida por ativos) ou quanto é gasto do próprio bolso em custos de saúde, mas também por quando o pagamento ocorre, sua frequência e sua duração (por exemplo, mais grave em casos de doenças crônicas). A localização onde uma família reside continua sendo um grande preditor da probabilidade de ter financiamento de dificuldades, apesar de todas as outras características da família incluídas no modelo.	Famílias rurais pobres são submetidas a dificuldades financeiras consideráveis e prolongadas devido aos efeitos deletérios indiretos e de longo prazo de como elas lidam com os custos diretos de saúde. A rede social que as famílias podem acessar influencia a exposição ao financiamento de dificuldades. Nossas descobertas apontam para a necessidade de desenvolver uma solução política que limite essa exposição tanto em quantum quanto em tempo. Portanto, concluímos que as intervenções políticas que visam garantir a proteção financeira relacionada à saúde teriam que demonstrar que reduziram a frequência e o volume do financiamento de dificuldades.
21	Wang, S.; Xu, J.; Jiang, X.; Li, C.; Li, H.; Song, S.; Huang, E.; Meng, Q. (2018) <b>China,</b> Continente Asiático	Trends in health resource disparities in primary health care institutions in Liaoning Province in Northeast China	O objetivo deste estudo foi analisar a quantidade, qualidade e distribuição dos recursos de saúde na província de Liaoning de 2005 a 2017.	Houve um aumento constante nos recursos de saúde em PHCI. De 2005 a 2017, a qualidade dos recursos de saúde melhorou. O IC dos leitos apresentou tendência geral de queda, indicando melhora na disparidade entre centro de saúde. Os coeficientes de Gini dos médicos em geral e dos médicos com diferentes níveis de escolaridade mostram status de equidade preferencial. A proporção de recursos de saúde das ISP no sistema de saúde aumentou de 2005 a 2009, antes de diminuir de 2009 a 2017 e a porcentagem de médicos em	Houve uma melhoria na quantidade e qualidade dos recursos de saúde nos PHCI de 2005 a 2017. A distribuição da alocação de recursos de saúde nos PHCI também melhorou. Os resultados revelaram que as medidas para a melhoria do nível educacional dos médicos das PHCI foram bem sucedidas e as medidas tomadas pelo governo na reforma da saúde para fortalecer o sistema de cuidados de saúde primários não foram bem sucedidas.

				geral e de médicos com licenciatura ou superior em ISP diminuiu após 2011.	
22	Chen, M.; Qian, D.; Feng, Z.; Si, L. (2018) <b>China</b> , Continente Asiático	Is outpatient care benefit distribution of government healthcare subsidies equitable in rural ethnic minority areas of China? Results from cross-sectional studies in 2010 and 2013	Este estudo teve como objetivo avaliar a distribuição de benefícios dos serviços ambulatoriais entre diferentes populações socioeconômicas nas áreas rurais de minorias étnicas da China.	O IC geral para atendimento ambulatorial foi de -0,0146 (P>0,05) em 2010 e -0,0992 (P<0,01) em 2013. Em 2010, o IC foi de -0,0537 (P<0,01), -0,0085 (P>0,05) e -0,0034 (P>0,05) nos níveis de clínicas de aldeia (VC), centros de saúde municipais (THC) e hospitais distritais (CH), respectivamente. Em 2013, o IC foi de -0,1353 (P<0,05), -0,0695 (P>0,05) e -0,1633 (P<0,01) nos níveis de VCs, THCs e CHs, respectivamente.	A implementação do mecanismo de controle ajudou a melhorar a distribuição dos benefícios dos subsídios governamentais à saúde nas áreas rurais de minorias étnicas chinesas. A distribuição equitativa dos subsídios governamentais aos cuidados de saúde para os CR foi melhorada através do aumento do contributo financeiro e da garantia do desempenho das instalações de cuidados de saúde primários. A distribuição equitativa de subsídios para os CHs foi melhorada por políticas que orientaram racionalmente o comportamento dos pacientes na procura de cuidados. Além disso, médicos altamente qualificados também foram um fator-chave para garantir uma distribuição equitativa dos benefícios.
23	Liu, W.; Xia, Y.; Hou, J. (2019) <b>China</b> , Continente Asiático	Health expenditure efficiency in rural China using the super-SBM model and the Malmquist productivity index	O objetivo principal deste estudo é investigar o desempenho estático e dinâmico dos gastos com saúde nas áreas rurais da China	Os resultados mostram que os valores de HEE e DHEE apresentam tendências instáveis ao longo do tempo. O HEE não acompanha o desenvolvimento econômico da China e apresenta uma média de 0,598 (< 1); e o DHEE apresenta um valor médio de aproximadamente 0,949 (< 1), indicando que o DHEE da maioria das províncias não está se movendo em uma direção desejável. O nível de progresso tecnológico e a otimização de escala são os principais fatores que dificultam o crescimento da produtividade total dos fatores (PTF).	O governo chinês poderia melhorar a eficiência da alocação de recursos de saúde rural melhorando o sistema de serviços de saúde rural otimizando a alocação de recursos materiais e aumentando o nível de saúde da alocação de recursos financeiros. O estado deve continuar a moderar a política para diferentes regiões. Além disso, avanços científicos e tecnológicos devem ser introduzidos para melhorar os níveis de otimização de escala.
24	Hu, M.; Mao, W.; Xu, R.; Chen, W.; Yip, W. (2022) <b>China</b> , Continente Asiático	Have lower-income groups benefited more from increased government health insurance subsidies? Benefit incidence analysis in Ningxia, China	Avaliar o impacto do aumento dos subsídios governamentais para o esquema de seguro médico rural na China Ocidental sobre a equidade no acesso e utilização de serviços de saúde	A distribuição geral dos benefícios do seguro médico rural se tornou mais equitativa entre 2009 e 2015, com os grupos mais pobres sendo beneficiados de forma desproporcional. A distribuição de benefícios para serviços ambulatoriais, embora inicialmente favorável aos mais pobres, tornou-se menos equitativa ao longo do tempo, especialmente em clínicas de aldeia. Os subsídios governamentais impulsionaram o aumento da utilização de serviços de saúde, especialmente entre os grupos mais pobres. Os subsídios permitiram que os indivíduos mais pobres acessassem serviços em hospitais de nível superior e de condado. Apesar dos esforços, ainda existe uma desigualdade persistente na distribuição de benefícios para serviços ambulatoriais, especialmente em clínicas de aldeia. É importante realizar avaliações periódicas do impacto dos subsídios governamentais para garantir que os recursos estejam sendo alocados de forma eficiente e equitativa. Fortalecer a atenção primária ajudar a reduzir a demanda por serviços hospitalares e promover uma distribuição mais equitativa dos recursos.	a estratégia de fornecer subsídios governamentais no lado da demanda, direcionados aos pacientes, mostrou-se eficaz em promover a equidade no acesso a serviços de saúde, especialmente para cuidados de internação. Embora os cuidados de internação tenham apresentado uma evolução mais positiva, as desigualdades na distribuição de benefícios para serviços ambulatoriais persistiram, especialmente em clínicas de aldeia. A experiência chinesa sugere que a estratégia de fornecer subsídios governamentais no lado da demanda pode ser uma abordagem eficaz para outros países de baixa e média renda que buscam implementar a cobertura universal de saúde por meio de sistemas de seguro subsidiados. É fundamental ampliar a cobertura dos planos de seguro médico rural para serviços ambulatoriais, especialmente em áreas rurais, a fim de reduzir as desigualdades existentes
25	Ma, J.; Xu, J.; Zhang, Z.; Wang, J. (2016) <b>China</b> , Continente Asiático	New cooperative medical scheme decreased financial burden but expanded the gap of income-related inequity: Evidence from three	Avaliar a eficácia e a equidade do Programa Cooperativo Médico Rural (NCMS, na sigla em inglês) na China, um programa de seguro de saúde voltado para a população rural.	O fardo financeiro médico ainda era notavelmente alto para os residentes rurais de baixa renda na China devido ao alto pagamento OOP, mesmo após o reembolso do NCMS. Na província de Hubei, o pagamento OOP do quintil mais pobre era quase o mesmo que as	Os formuladores de políticas devem modificar ainda mais a política do NCMS na China rural. O alto pagamento OOP pode ser reduzido expandindo a lista de medicamentos e o diretório de verificação para o pacote de benefícios do NCMS para

		provinces in rural China	Acesso e financiamento pela população. Comparar as mudanças na prevalência de gastos catastróficos com saúde (CHE) e seu índice de concentração (IC) entre diferentes grupos de renda antes e depois da implementação do reembolso do NCMS. O objetivo é verificar se o programa está reduzindo o peso financeiro da saúde de forma justa entre diferentes níveis de renda.	despesas anuais de suas famílias. Mesmo sendo maior do que suas despesas anuais no município de Chongqing. A taxa de reembolso efetiva de serviços ambulatoriais e de internação era muito menor do que a taxa de reembolso nominal originalmente projetada pelos planos do NCMS. Após o reembolso do NCMS, a prevalência de CHE era consideravelmente alta em todas as três províncias, e os valores absolutos dos ICs eram ainda maiores do que aqueles antes do reembolso, indicando que a desigualdade era exagerada	minimizar a lacuna entre a taxa de reembolso nominal e a taxa de reembolso efetiva. E o aumento nas despesas médicas deve ser controlado monitorando o excesso de demanda de provedores de serviços médicos e pacientes, e mudando o pagamento de taxa por serviço para provedores para um sistema de pagamento prospectivo. A acessibilidade e a acessibilidade do serviço para residentes rurais vulneráveis devem ser protegidas modificando o financiamento regressivo no NCMS e fornecendo ajuda financeira extra e reembolso do governo.
26	Gao, D.; Shi, L.; Lin, X.; Wang, X.; Wang, D. (2024) China, Continente Asiático	Research on the Efficiency and Equity of Rural Medical and Health Resources Allocation in DEA-GIS Methodology	Analisar a eficiência e a equidade da alocação de recursos médicos e de saúde rurais em 29 províncias da China em 2020, a fim de fornecer uma referência para otimizar a alocação de recursos médicos e de saúde rurais e melhorar o sistema de serviços médicos e de saúde rurais na China.	Em 2020, os recursos médicos e de saúde rurais da China tinham 4 províncias com DEA eficaz, 7 províncias com DEA fracamente eficaz e 18 províncias com DEA ineficaz. Entre elas, as regiões ineficazes de DEA tinham diferentes graus de insumos em excesso, e apenas a Província de Shandong e a Região Autônoma do Tibete tinham resultados insuficientes. Os resultados da análise regional mostraram que os recursos médicos e de saúde rurais estavam concentrados na região leste, seguidos pela região central, com o menor grau de concentração na região oeste.	O governo precisa prestar atenção à melhoria da eficiência técnica da alocação de recursos médicos e de saúde rurais e promover a equidade e a eficiência aplicando medidas precisas a cada região com base na otimização da estrutura de entrada e saída, reduzindo a redundância de recursos e coordenando racionalmente a alocação de recursos nas regiões leste, central e oeste.
27	Jing, S.; Yin, A.; Shi, L.; Liu, J. (2013) China, Continente Asiático	Whether New Cooperative Medical Schemes Reduce the Economic Burden of Chronic Disease in Rural China	Avaliar mudanças em despesas de saúde catastróficas (CHE) domésticas devido a doenças crônicas antes e depois que as políticas de reembolso para serviços de doenças crônicas foram implementadas para fornecer suporte financeiro adicional.	Os domicílios que participaram do NCMS tiveram menos probabilidade de empobrecer ( $P < 0,05$ ). Além disso, os domicílios com chefe de família do sexo masculino e maior nível de renda foram fatores de proteção para prevenir o CHE ( $P < 0,05$ ). Os domicílios jovens com crianças em idade pré-escolar sofreram menos com o CHE ( $P < 0,05$ ). O efeito das políticas de reembolso do NCMS para doenças crônicas no CHE foi negativo, mas não estatisticamente significativo ( $p = 0,814$ ).	A cobertura do NCMS mostrou proteção financeira para famílias com doenças crônicas. No entanto, as políticas de reembolso do NCMS devem ser fortalecidas no futuro.
28	Liu, X.; Tang, S.; Yu, B.; Phuong, N.K.; Yan, F.; Thien, D.D.; Tolhurst, R. (2012) China, Continente Asiático	Can rural health insurance improve equity in health care utilization? a comparison between China and Vietnam	Avaliar e comparar a equidade no acesso à assistência médica no sistema de seguro saúde rural nos dois países	Na China, a filiação ao seguro saúde não teve impacto significativo na utilização de serviços ambulatoriais, enquanto foi associada a uma maior utilização de serviços de internação, especialmente para o grupo de renda mais alta. Os membros do seguro saúde no Vietnã tiveram maiores taxas de utilização de serviços ambulatoriais e de internação do que os não membros, com maior uso entre os grupos de renda mais baixa do que a mais alta. Os resultados qualitativos mostram que obstáculos burocráticos, baixas taxas de reembolso e baixa qualidade do serviço foram as principais barreiras para os membros usarem o seguro saúde.	A China atingiu uma alta taxa de cobertura populacional em um curto período de tempo, começando com um pacote de benefícios limitado. No entanto, pessoas pobres têm menos benefícios do NCMS em termos de utilização de serviços de saúde. Comparado à China, o sistema de seguro saúde do Vietnã está se saindo melhor em equidade na utilização de serviços de saúde dentro dos membros do seguro saúde. No entanto, com baixa cobertura populacional, uma grande proporção da população não pode aproveitar o benefício do seguro saúde. O aprendizado mútuo ajudaria a China e o Vietnã a enfrentar esses desafios e melhorar seu design de políticas para promover um seguro saúde equitativo e sustentável.
29	Sun, X.; Sleigh, A.C.; Carmichael, G.A.; Jackson, S. (2010) China,	Health payment-induced poverty under China's New Cooperative Medical Scheme in rural Shandong	Medir a incidência e a gravidade da pobreza induzida pelo pagamento de saúde em famílias rurais sob o Novo Plano Médico Cooperativo	Antes da intervenção do NCMS, 5,06% das famílias da amostra ficaram abaixo da linha de pobreza nacional devido a pagamentos de saúde em 2004, em comparação com 4,03% após os reembolsos. Com os reembolsos do NCMS, a lacuna de pobreza induzida por	Os pagamentos diretos de saúde continuam sendo um fardo severo para as famílias rurais. A proteção financeira do NCMS era limitada.

	Continente Asiático		(NCMS) na área rural de Shandong, China	pagamento de saúde das famílias que ainda permaneciam abaixo da linha de pobreza nacional chinesa caiu 19,2% para uma média de 977,2 Yuan.	
30	Kaufman, J; Jing, F. (2002) <b>China</b> , Continente Asiático	Privatisation of health services and the reproductive health of rural Chinese women	Este artigo relata alguns dos resultados de um estudo realizado em 1994-96 para examinar o impacto da privatização no financiamento, fornecimento e uso de serviços de saúde reprodutiva por mulheres em dois condados rurais na província de Yunnan, China	sintomas mais comuns de morbidade reprodutiva relatados por elas mesmas foram corrimento vaginal anormal e lacerações vaginais durante o parto domiciliar, que não foram tratados em sua maioria. O parto hospitalar e o uso de cuidados pré-natais foram muito baixos, afetados negativamente pelos custos e pela baixa qualidade percebida. A qualidade do serviço foi afetada pelo baixo investimento em treinamento, manutenção e supervisão dos trabalhadores. A maior parte do fardo dos cuidados de saúde materno-infantil recaiu sobre os profissionais de saúde locais, mas os recursos para esses serviços diminuíram de 1985 a 1995. Apenas o suporte para serviços de planejamento familiar, que eram financiados e fornecidos separadamente, aumentou.	As necessidades de saúde reprodutiva das mulheres rurais foram atendidas inadequadamente pelos serviços de saúde rurais após as reformas. Nossos dados ajudaram a aumentar a atenção a essas necessidades dentro dos esforços de reforma planejados.
31	Zeng, Z; Tao, WJ; Ding, SL; Fang, JL; Wen, J; Yao, JH; Zhang, W. (2022) <b>China</b> , Continente Asiático	Horizontal Integration and Financing Reform of Rural Primary Care in China: A Model for Low-Resource and Remote Settings	Apresentar novas evidências do modelo Pengshui e avaliar as mudanças relevantes nos últimos 10 anos (2009–2018)	municipais aumentou de 29% (522.700 de 1.817.600) em 2009 para 40% (849.900 de 2.147.800) em 2018 (a média nacional em 2018 foi de 23%).	Nossas descobertas sugerem que muitos resultados positivos foram alcançados por meio da reforma e que inovações em governança financeira e mecanismos de incentivo são as principais forças motrizes por trás da melhoria. A experiência do Condado de Pengshui provou ser um experimento bem-sucedido, particularmente em áreas rurais e de baixa renda.
32	Zhou, HX; Zhang, SF; Zhang, WJ; Wang, FG; Zhong, Y; Gu, LN; Qu, ZY; Tian, DH. (2015) <b>China</b> , Continente Asiático	Evaluation and mechanism for outcomes exploration of providing public health care in contract service in Rural China: a multiple-case study with complex adaptive systems design	Avaliar a eficácia dos serviços de saúde pública prestados sob a política de serviço contratual, explorar o mecanismo de influência e extrair as implicações para a extensão da política no futuro.	Aumentar apropriadamente o financiamento para a saúde pública por meio de financiamento local e alocar adequadamente o subsídio para médicos da aldeia foi uma das abordagens mais eficazes para estimular a positividade dos provedores de saúde e demandantes e promover a implementação da política. Os departamentos de saúde do condado atuaram como os agentes mais cruciais entre os complexos sistemas de saúde pública. Seus modelos mentais influenciados pelo composto e vários ambientes ao redor deles levaram a resultados diversos.	As medidas inovadoras de arrecadação de fundos poderiam ser tomadas por condados relativamente desenvolvidos da China para conduzir serviços de saúde pública. Os formuladores de políticas poderiam usar o pensamento sistêmico como uma ferramenta útil para elaborar planos e prever os resultados não intencionais durante o processo de reformas de saúde pública.
33	Pan, MZ; Huang, YF; Qin, YW; Li, X; Lang, W. (2022) <b>China</b> , Continente Asiático	Problems and Strategies of Allocating Public Service Resources in Rural Areas in the Context of County Urbanization	Analisa as novas tendências de mobilidade populacional nos condados da China	Primeiro, a sede do condado atrai uma concentração de residentes rurais do condado e população retornada, cujas altas expectativas para a educação e serviços médicos da sede do condado ainda não foram atendidas. Segundo, o município assume a função vital de educação escolar primária e serviços médicos em áreas rurais, e as crianças rurais têm uma grande demanda por serviços de educação escolar primária no município. No entanto, ainda há deficiências aparentes no suporte a instalações de ensino e à qualidade dos serviços educacionais. Terceiro, o problema do envelhecimento e esvaziamento em áreas rurais é sério, e as necessidades de educação, serviços médicos e de idosos de crianças deixadas para trás e idosos são difíceis de serem garantidas.	A política nacional da China também menciona a necessidade de classificar condados e equalizar serviços públicos por categoria. No entanto, devido à limitação do comprimento do artigo, diferentes tipos de condados não são analisados e discutidos neste artigo. No estudo futuro, selecionaremos diferentes tipos de condados de amostra para análise comparativa e proporemos estratégias de planejamento mais direcionadas.
34	Wang, X; Zheng, A; He, X; Jiang, HH.	Integration of rural and urban healthcare insurance schemes in	Discutir modelo de seguro de saúde destinados as pessoas e sua disposição	A intenção de pagamento e a expectativa de reembolso dos três grupos variaram com os participantes do NRCMS os mais	Embora existam muitos desafios para a integração do seguro de saúde, ele recebeu forte apoio da

	(2014) <b>China</b> , Continente Asiático	China: an empirical research	para a integração do seguro de saúde	baixos e os participantes do UEBMI os mais altos. Em áreas economicamente desenvolvidas, os residentes rurais tinham capacidade de pagamento igual ou até mais forte do que os residentes urbanos, e a intenção geral de pagamento mostrou uma tendência dispersa. A maioria dos participantes favoreceu a integração, com inscritos no NRCMS de até 80,5%. No modelo de regressão logística, descobrimos que os participantes de áreas menos desenvolvidas eram mais propensos a se opor à integração, o que concebemos ser principalmente devido à sua insatisfação com seus esquemas locais de seguro saúde.	população em massa. No entanto, mais ênfase deve ser colocada em financiamento igual e benefício igual ao fazer novas políticas. Como as políticas de saúde atuais compartilham o mesmo conceito de design, princípio e método, o objetivo final de estabelecer um sistema de saúde universal é promissor.
35	Bogg, L; Dong, HJ; Keli, W; Cai, WW; Diwan, V. (1996) <b>China</b> , Continente Asiático	The cost of coverage: Rural health insurance in China	O objetivo do estudo é analisar a eficiência alocativa do seguro de saúde cooperativo, com implicações para a equidade na utilização dos serviços de saúde e nos resultados de saúde	O seguro de saúde cooperativo está associado a um crescimento mais elevado nos gastos com saúde. Isso sugere que a presença de um sistema de seguro pode incentivar um maior consumo de serviços de saúde. O estudo também encontrou evidências de que o seguro cooperativo leva a uma mudança do foco em medicina preventiva para medicina curativa, resultando em um aumento nos gastos com cuidados curativos terciários. A pesquisa destaca que, apesar do aumento nos gastos, a cobertura do seguro de saúde cooperativo é atualmente inferior a 8%, o que contribui para problemas crescentes de equidade no financiamento e no acesso aos cuidados de saúde, especialmente entre a população rural.	A conclusão do estudo é que o seguro de saúde cooperativo rural na China, embora tenha o potencial de aumentar os gastos com saúde e melhorar o acesso a cuidados curativos, também exacerba as desigualdades existentes no sistema de saúde. A pesquisa sugere que a ênfase no aumento dos gastos com cuidados curativos em detrimento da medicina preventiva pode não ser a abordagem mais eficaz para melhorar a saúde da população rural. Além disso, a baixa cobertura do seguro de saúde cooperativo (menos de 8%) indica que muitos ainda enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde.
36	Liu, T; Li, JX; Chen, J; Yang, SL. (2020) <b>China</b> , Continente Asiático	Regional Differences and Influencing Factors of Allocation Efficiency of Rural Public Health Resources in China	Estudar as diferenças regionais na eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural e seu mecanismo de melhoria	Os resultados mostram que, primeiro, o nível total de eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural na China de 2008 a 2017 é relativamente baixo e apresenta uma tendência em forma de U, primeiro caindo e depois subindo. Em segundo lugar, a tendência de mudança da eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural nas regiões leste, central e oeste da China é semelhante à da região nacional, e mostra uma tendência de gradiente de que "a eficiência de alocação na região leste é alta, a eficiência de alocação na região oeste é baixa e a eficiência de alocação na região central está no nível médio". Em terceiro lugar, os resultados do cálculo do índice de Theil e do índice de Gini mostram que as diferenças intrarregionais são a principal fonte das diferenças regionais na eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural na China, e as diferenças inter- regionais demonstram uma tendência de expansão. Finalmente, a melhoria do nível de educação e do nível de apoio social geralmente melhorará a eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural na China e em suas três regiões. O aumento do apoio financeiro governamental e do nível de urbanização reduzirá a eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural na China e em suas três regiões.	O nível de desenvolvimento econômico, as condições de vida e a densidade populacional são os fatores de influência importantes das diferenças de eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural nas três regiões. Portanto, com base na garantia do aumento do suprimento total de recursos de saúde pública rural, mas atenção deve ser dada à melhoria da eficiência de alocação. Além disso, com base no estreitamento contínuo das diferenças inter-regionais entre as regiões leste, central e oeste, mais atenção deve ser dada às diferenças intra-regionais da eficiência de alocação dos recursos de saúde pública rural entre as diferentes províncias. As diversas políticas econômicas e sociais devem ser constantemente otimizadas para melhorar conjuntamente a eficiência da alocação dos recursos de saúde pública rural.
37	Jiang, JN; Chen, SQ; Xin, YJ; Wang, XF; Zeng, L; Zhong, ZD;	Does the critical illness insurance reduce patients' financial burden and benefit the poor more: a	Os objetivos deste estudo foram determinar se o projeto teve impactos positivos no alívio da carga	Seiscentos e treze e 834 pacientes foram pesquisados na avaliação inicial e final. Após o programa, os pagamentos OOP de hospitalizações diminuíram drasticamente de RMB 39.363,2 para	O CII reduziu efetivamente o fardo financeiro de pacientes com alto custo médico, seja em curto prazo ou em um período mais longo. Também melhorou a equidade em saúde na

	Xiang, L. (2019) <b>China</b> , Continente Asiático	comprehensive evaluation in rural area of China	financeira e na melhoria da equidade em saúde.	RMB 28.426,1 ( $p < 0,001$ ), com a maior redução para pacientes de menor renda (de RMB 44.507,6 para RMB 29.214,2). Com maior duração do CII, mais pagamentos médicos OOP diminuíram. O valor da dívida médica diminuiu em RMB 7.209,4 entre todos os pacientes, e a redução foi maior no grupo de maior renda (RMB 8.119,9). O CI do AG mudou muito (de -0,858 para -0,670).	utilização e despesa de serviços de saúde. No entanto, os chefes de família ricos ainda recebem mais benefícios da política, o financiamento do seguro saúde do governo é aumentado e a política precisa beneficiar ainda mais os pobres.
38	Babiarz, KS; Miller, G; Yi, HM; Zhang, LX; Rozelle, S. (2010) <b>China</b> , Continente Asiático	New evidence on the impact of China's New Rural Cooperative Medical Scheme and its implications for rural primary healthcare: multivariate difference-in-difference analysis	Determinar se o Novo Plano Médico Cooperativo Rural da China (NCMS), que visa fornecer seguro de saúde a 800 milhões de cidadãos rurais e corrigir distorções na assistência primária rural, e os atributos de políticas individuais afetaram a operação e o uso de clínicas de saúde em vilarejos.	Para clínicas de vilarejos, descobrimos que o NCMS foi associado a um aumento de 26% no fluxo semanal de pacientes e a um aumento de 29% na renda bruta mensal, mas nenhuma mudança na receita líquida anual ou na proporção da renda mensal proveniente da receita de medicamentos. Para indivíduos, a participação no NCMS foi associada a um aumento de 5% no uso de clínicas de vilarejos, mas nenhuma mudança no uso geral de cuidados médicos. Além disso, os gastos médicos diretos caíram 19% e as duas medidas de exposição ao risco financeiro diminuíram de 24 a 63%. Essas mudanças ocorreram em programas heterogêneos de condados, mesmo naqueles com pacotes de benefícios mínimos.	O NCMS fornece alguma proteção de risco financeiro para indivíduos na China rural e corrigiu parcialmente distorções na assistência médica rural chinesa (reduzindo o excesso de oferta de serviços especializados e medicamentos prescritos). No entanto, o esquema também pode ter transferido novas responsabilidades não compensadas para clínicas de aldeia. Dado o interesse renovado entre os formuladores de políticas chinesas em fortalecer a atenção primária, o efeito do NCMS merece maior atenção.
39	Shen, YQ; Sun, ZS. (2022) <b>China</b> , Continente Asiático	Estimating the spatial correlation and convergence of China's healthcare resources allocation: evidence from the Yangtze River Delta Region	Estimar a correlação espacial e a convergência pode ajudar a entender o impacto do mercado médico em rápida evolução da China e das últimas reformas de saúde.	O fornecimento de recursos de saúde na região YRD aumenta significativamente e converge rapidamente. Há uma correlação espacial significativa e aglomeração entre províncias e cidades, e um efeito de transbordamento espacial significativo também é encontrado na convergência $\beta$ . Nenhuma evidência é encontrada de que as últimas reformas de saúde tenham impacto na alocação equilibrada e convergência de recursos de saúde.	O investimento de longo prazo da China nas últimas décadas produziu uma alocação mais equilibrada e convergência intermunicipal de recursos de saúde. No entanto, as últimas reformas de saúde não contribuem para a alocação equilibrada de recursos de saúde do lado da oferta, e a análise do lado da demanda é necessária em estudos futuros.
40	Mujasi, P.N.; Puig-Junoy, J. (2015) <b>Uganda</b> , Continente Africano	Predictors of primary health care pharmaceutical expenditure by districts in Uganda and implications for budget setting and allocation	O objetivo do estudo é identificar os preditores dos gastos farmacêuticos na atenção primária à saúde nos distritos de Uganda. O estudo busca estabelecer modelos explicativos desses gastos com base na influência potencial dos preditores identificados e discutir as implicações para a estimativa e alocação do orçamento farmacêutico nacional nos diversos distritos pelo governo.	Todos os modelos foram significativos no geral ( $P < 0,01$ ), com poder explicativo variando de 51 a 82%. O modelo logarítmico linear para despesa farmacêutica total explicou cerca de 80% da variação observada na despesa farmacêutica total ( $R^2$ ajustado = 0,797) e continha as seguintes variáveis: Cobertura de imunização, Atendimento ambulatorial total, Urbanização, Número total de unidades de saúde governamentais e número total de Centros de Saúde IIs. O modelo baseado em Despesa farmacêutica per capita explicou cerca de 50% da variação observada na despesa farmacêutica per capita ( $R^2$ ajustado = 0,513) e foi mais equilibrado com as seguintes variáveis: Atendimento ambulatorial per capita, porcentagem da população rural abaixo da linha da pobreza em 2005, Taxa de alfabetização masculina, Se um distrito é caracterizado pelo MOH como difícil de alcançar ou não e o Índice de pobreza humana.	O modelo log-linear baseado no gasto farmacêutico total funciona aceitavelmente bem e pode ser considerado útil para prever o gasto farmacêutico total futuro seguindo tendências observadas. Ele pode ser usado como uma ferramenta simples para estimativa aproximada do potencial gasto farmacêutico nacional geral primário de saúde para orientar a definição do orçamento. O modelo baseado no gasto farmacêutico per capita é um modelo mais equilibrado contendo variáveis de necessidade e fator de habilitação. Essas variáveis seriam úteis na alocação de qualquer orçamento definido para distritos
41	Saronga, H.P.; Duysburgh, E.; Massawe, S.; Dalaba, M.A.; Savadogo, G.; Tonchev, P.; Dong, H.; Sauerborn, R.; Loukanova, S.	Efficiency of antenatal care and childbirth services in selected primary health care facilities in rural Tanzania: A cross-sectional study	Calcular o custo unitário dos serviços de pré-natal (APN) e parto em diferentes unidades de saúde rurais. Analisar quais fatores, relacionados tanto aos prestadores de serviços quanto aos usuários, influenciam os	As unidades de saúde gastaram em média 7 dólares per capita em 2009. Como esperado, foram gastos menos recursos na prestação de serviços nos dispensários do que nos centros de saúde. Os custos com pessoal contribuíram com cerca de 44% para os custos totais e o parto consumiu aproximadamente 11%. 12% dos custos	As diferenças na eficiência da prestação de serviços representam uma oportunidade para a melhoria da eficiência. Tendo em conta a heterogeneidade dos clientes, são possíveis e necessárias melhorias na qualidade. Isto estimulará a utilização de serviços de cuidados pré-natais e de parto em unidades de

	(2014) <b>Tanzania,</b> Continente Africano		custos unitários dos serviços. Fornecer dados e análises que permitam aos gestores de saúde distritais planejarem a utilização mais eficiente dos recursos para a melhoria dos SMN.	totais e 8% e 10% do tempo de prestação de serviços relatado, respectivamente. Em média, os custos unitários foram bastante elevados, 16 USD por consulta de CPN e 79,4 USD por parto. serviços entre as unidades de saúde. Os resultados mostraram que a eficiência nos CPN dependia do número de funcionários, da qualidade estrutural dos cuidados, da qualidade do processo, da qualidade da assistência e da qualidade estrutural dos serviços básicos de cuidados obstétricos de emergência. eficiência do parto.	saúde com recursos limitados, através de técnicas simples. A medição dos custos unitários deve ser padronizada na prestação de cuidados de saúde; os gestores de saúde podem então utilizar os resultados do desempenho para avaliar o progresso e recompensar a eficiência através de incentivos baseados no desempenho.
42	Macha, J.; Harris, B.; Garshong, B.; Ataguba, J.E.; Akazili, J.; Kuwawenarua, A.; Borghi, J. (2012) <b>Tanzania,</b> Continente Africano	Factors influencing the burden of health care financing and the distribution of health care benefits in Ghana, Tanzania and South Africa	Explorar os fatores que influenciam o financiamento de cuidados de saúde e seus benefícios distribuídos nos três países	Contribuições de taxa fixa contribuíram para a regressividade dos planos voluntários do setor informal, seja por design (na Tanzânia) ou devido a dificuldades em identificar os níveis de renda familiar (em Gana). Em todos os três países, a regressividade dos pagamentos diretos se deve à aplicação incompleta de políticas de isenção e dispensa, cobertura parcial ou nenhuma cobertura de seguro entre os segmentos mais pobres da população e compreensão limitada dos direitos entre esses grupos. Geralmente, a distribuição pró-ricos dos benefícios se deve ao acesso limitado a instalações de nível superior entre as populações pobres e rurais, que dependem de instalações públicas de atenção primária e farmácias privadas. As barreiras ao acesso a cuidados de saúde incluem custos médicos e de transporte, exacerbados pela falta de cobertura de seguro abrangente entre os grupos mais pobres. Problemas de disponibilidade de serviços, incluindo frequentes faltas de estoque de medicamentos, equipamento de diagnóstico limitado ou inexistente, horários de funcionamento imprevisíveis e equipe qualificada insuficiente também limitam o acesso aos serviços. Atitudes ruins da equipe e falta de confiança nas habilidades dos profissionais de saúde foram consideradas barreiras importantes ao acesso.	As reformas de financiamento devem, portanto, não apenas considerar como gerar fundos para cuidados de saúde, mas também abordar explicitamente toda a gama de barreiras de acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade ao acesso, a fim de atingir padrões equitativos de financiamento e incidência de benefícios.
43	Parmar, D.; Souares, A.; De Allegri, M.; Savadogo, G.; Sauerborn, R. (2012) <b>Burkina Faso,</b> Continente Africano	Adverse selection in a community-based health insurance scheme in rural Africa: Implications for introducing targeted subsidies	Este artigo investiga a seleção adversa em um esquema CBHI em Burkina Faso.	Encontramos evidências fracas de seleção adversa antes da implementação de subsídios. A seleção adversa aumentou significativamente no ano seguinte e subsídios direcionados explicaram amplamente esse aumento.	Seleção adversa é uma preocupação importante para qualquer esquema voluntário de seguro saúde. Subsídios direcionados são frequentemente usados como uma ferramenta para perseguir a visão de cobertura universal. Ao mesmo tempo, subsídios direcionados também estão associados ao aumento da seleção adversa, conforme encontrado neste estudo. Portanto, é essencial que subsídios direcionados para pobres (ou outros grupos de alto risco) sejam acompanhados de um plano sólido para preencher a lacuna financeira devido à seleção adversa para que esses esquemas possam continuar a atender essas populações.
44	Khanna, M; Loevinsohn, B; Pradhan, E; Fadeyibi, O; McGee, K; Odutolu, O; Fritsche, GB;	Decentralized facility financing versus performance-based payments in primary health care: a large-scale randomized	Comparar a eficácia de duas abordagens de financiamento de sistemas de saúde em países em desenvolvimento: o financiamento baseado no desempenho (PBF) e o	O PBF aumentou as entregas institucionais em 10 pontos percentuais sobre o DFF e 7% sobre o business-as-usual. O PBF e o DFF foram mais eficazes do que o business-as-usual para o Penta3; o PBF também para o mCPR. Vinte e um dos 26 indicadores do QOC	Nossas descobertas mostram que tanto o PBF quanto o DFF representam melhorias significativas em relação ao business-as-usual para prestação de serviços e qualidade de atendimento. No entanto, exceto pela entrega

	Meribole, E; Vermeersch, CMJ; Kandpal, E. (2021) <b>Nigéria</b> , Continente Africano	controlled trial in Nigeria	financiamento direto às instalações (DFF). O objetivo principal é determinar qual dessas abordagens é mais eficaz em melhorar os serviços de saúde materno-infantil (SMI).	melhoraram tanto no PBF quanto no DFF em relação ao business-as-usual. No entanto, exceto para as entregas, o PBF foi tão ou menos eficaz do que o DFF: a imunização com Penta3 e o uso de ITN foram 6% menores do que o DFF e os ganhos do QOC também foram comparáveis. Os ganhos de utilização vêm do meio da distribuição de riqueza rural. Em resumo, o estudo demonstra que ambos os modelos de financiamento (PBF e DFF) podem ser eficazes para melhorar a utilização de serviços de saúde materno-infantil na Nigéria. O PBF apresentou melhor desempenho em incentivar partos institucionais, enquanto o DFF teve resultados mais expressivos em algumas áreas de qualidade do cuidado.	institucional, o PBF e o DFF não diferem um do outro, apesar do PBF desembolsar US\$ 2 para cada dólar desembolsado pelo DFF. Essas descobertas destacam a importância do financiamento direto das instalações e da descentralização na melhoria da APS e sugerem potenciais complementaridades entre as duas abordagens no fortalecimento da entrega de serviços de MCH.
45	Kinney, RG; Zakumumpa, H; Rujumba, J; Gibbons, K; Heard, A; Galárraga, O. (2021) <b>Uganda</b> , Continente Africano	Community-funded integrated care outreach clinics as a capacity building strategy to expand access to health care in remote areas of Uganda	Demonstrar como clínicas de extensão mensal integradas e com recursos adequados com base em um modelo de agrupamento de riqueza e cooperação governamental vinculado a microfinanças podem expandir a capacidade dos cuidados de saúde fornecidos pelo governo para atingir mais pacientes que vivem em comunidades remotas	Este modelo escalável, sustentável e flexível é responsivo às necessidades de mudança dos pacientes e sistemas de saúde e apresenta uma abordagem alternativa ao financiamento de cuidados de saúde em ambientes de poucos recursos.	Necessária uma avaliação mais rigorosa dos resultados de saúde decorrentes de tais modelos de prestação de serviços baseados na comunidade.
46	Kakama, AA; Namyalo, PK; Basaza, RK. (2020) <b>Uganda</b> , Continente Africano	Feasibility and desirability of scaling up Community-based Health Insurance (CBHI) in rural communities in Uganda: lessons from Kisiizi Hospital CBHI scheme	Explorar a viabilidade e o desejo de expandir o CBHI no Condado de Rubabo, com objetivos específicos de: explorar as percepções da comunidade e determinar a aceitabilidade do CBHI, identificar barreiras, facilitadores para expandir o CBHI e documentar lições sobre a expansão do CBHI em uma comunidade rural	A expansão do Kisiizi Hospital CBHI é desejável porque: está em conformidade com a agenda de proteção social do governo, valores da sociedade, oferece um pacote de benefícios abrangente e é uma melhor alternativa de financiamento de saúde para muitas famílias. A expansão do Kisiizi Hospital CBHI é amplamente viável devido a uma forte rede de associações comunitárias, serviços de saúde de qualidade confiáveis no Kisiizi Hospital, taxas de seguro acessíveis, liderança confiável e sistemas de gestão. A expansão do esquema enfrenta alguns obstáculos que incluem: longas distâncias e altos custos de transporte para o Kisiizi Hospital, baixos níveis de conhecimento sobre seguro saúde, prioridades financeiras sobrepostas no nível familiar e incapacidade de algumas famílias de pagar prêmios.	A implementação do CBHI requer as seguintes considerações: conformidade com os valores da sociedade e as prioridades do governo, um pacote de benefícios abrangente, qualidade confiável dos serviços de saúde, taxas acessíveis, liderança e sistemas de gestão confiáveis.
47	Tukay, SM; Pasape, L; Tani, K; Manzi, F. (2021) <b>Tanzânia</b> , Continente Africano	Evaluation of the Direct Health Facility Financing Program in Improving Maternal Health Services in Pangani District, Tanzania	Examinou o Financiamento Direto de Instalações de Saúde (DHFF) e seus efeitos na qualidade dos serviços de saúde materna em Pangani, um distrito rural na Tanzânia.	O desembolso direto de fundos do governo central por meio do Ministério das Finanças e Planejamento para as unidades de saúde primárias reduziu atrasos nas aquisições, melhorou os serviços de extensão comunitária e melhorou o engajamento dos líderes comunitários. As entregas ocorridas nas unidades de saúde aumentaram em 33,6% (p < 0,001) um ano após a implementação do DHFF. Vários medicamentos, kits de entrega e alguns reagentes aumentaram significativamente (p < 0,05). No entanto, a falta de computadores e a conectividade precária à Internet, um suprimento insuficiente de equipamentos médicos e o estoque instável do Departamento de Estoques Médicos	No geral, este estudo mostra um impacto positivo do DHFF na prestação de serviços de saúde materna no distrito de Pangani. Especificamente, um aumento no número de suprimentos médicos, equipamentos e reagentes necessários para fornecer serviços de saúde materna contribuiu para o aumento observado nas entregas em instalações em 33,6%. Além disso, o sistema minimiza atrasos desnecessários nos processos de aquisição de medicamentos, suprimentos e outros reagentes necessários. Para maximizar o impacto do sistema DHFF, a falta de computadores, internet instável, conhecimento limitado da equipe

				aumentaram a dificuldade de obter os itens perdidos do fornecedor principal selecionado.	sobre o sistema e força de trabalho de saúde inadequada devem ser abordados. Portanto, fortalecer o sistema DHFF e o treinamento da equipe em serviço e no trabalho é essencial para uma implementação tranquila.
48	Flessa, S; Kouyaté, B. (20069) <b>Burkina Faso</b> , Continente Africano	Implementing a comprehensive cost information system in rural health facilities: the case of Nouna health district, Burkina Faso	Apresentar as primeiras descobertas de um sistema de informação de custo de doença (COI) implementado no distrito de saúde de Nouna, Burkina Faso	Em 2003, os custos médios por unidade de serviço foram de 1,34 US\$ para uma consulta geral, 0,51 US\$ para cuidados de enfermagem ambulatoriais, 6,73 US\$ por parto, 3,64 US\$ por vacinação e 1,11 US\$ por unidade de serviço de outros cuidados. Em média, um centro de saúde consome 29 900 US\$ por ano para uma população de captação de 10 000 habitantes.	A maior parte dos custos é fixa e não depende da carga de trabalho do centro de saúde. Consequentemente, os custos das instalações de primeira linha dificilmente aumentarão se a demanda por serviços de saúde aumentar. Essas descobertas podem ser usadas para melhorar o financiamento da saúde no distrito de saúde de Nouna, Burkina Faso.
49	Nakovics, MI; Brenner, S; Bongololo, G; Chinkhumba, J; Kalmus, O; Leppert, G; De Allegri, M. (2020) <b>Burkina Faso</b> , Continente Africano	Determinants of healthcare seeking and out-of-pocket expenditures in a "free" healthcare system: evidence from rural Malawi	Investigar as despesas diretas (OOPE) em serviços de saúde curativos e seus determinantes no Malawi rural, um país que tem consistentemente como objetivo fornecer serviços de saúde gratuitos.	Nossa amostra incluiu um total de 2740 episódios de doença. Entre os 1884 (68,75%) que fizeram uso de serviços de saúde curativos, 494 (26,22%) tiveram uma despesa positiva com saúde, cuja média foi de 678,45 MWK (equivalente a 2,72 USD). Nossa análise revelou uma associação positiva significativa entre a magnitude do OOPE e idade de 15 a 39 anos ( $p = 0,022$ ), chefe de família ( $p = 0,037$ ), sofrer de uma doença crônica ( $p = 0,019$ ), duração da doença ( $p = 0,014$ ), hospitalização ( $p = 0,002$ ), número de acompanhantes ( $p = 0,019$ ), quartis de riqueza ( $p_2 = 0,018$ ; $p_3 = 0,001$ ; $p_4 = 0,002$ ) e residência urbana ( $p = 0,001$ ).	Nossas descobertas indicam que um compromisso político formal para fornecer serviços de saúde gratuitos não é suficiente para garantir proteção financeira generalizada e que medidas adicionais são necessárias para proteger grupos populacionais particularmente vulneráveis.
50	Magnani, RJ; Rice, JC; Mock, NB; Abdoh, AA; Mercer, DM; Tankari, K. (1996) <b>Nigéria</b> , Continente Africano	The impact of primary health care services on under-five mortality in rural Niger	Este estudo aproveita a implementação em fases do Programa Nacional de Melhoria da Saúde Rural no Níger e dados de pesquisa convenientemente cronometrados para reavaliar o impacto do programa na mortalidade de menores de cinco anos durante o período de 1980–1985.	Crianças que residiam em vilas próximas a dispensários de saúde tinham aproximadamente 32% menos probabilidades de morrer durante o período do estudo do que crianças sem acesso a serviços de saúde modernos. As equipes de saúde das vilas não estavam, no entanto, associadas a probabilidades de mortalidade significativamente menores. Testes formais de endogeneidade indicaram que esses efeitos não eram o resultado de alocação não uniforme/não aleatória de recursos.	As descobertas são amplamente favoráveis à premissa-chave subjacente às intervenções seletivas de cuidados primários de saúde — que pacotes de serviços básicos podem ser efetivamente montados nacionalmente em países pobres e ter um impacto significativo em um curto período de tempo. No Níger, a implementação menos que ótima do VHT parece ter reduzido a magnitude do impacto alcançado.
51	McMahon, SA; Brenner, S; Lohmann, J; Makwero, C; Torbica, A; Mathanga, DP; Muula, AS; De Allegri, M. (2016) <b>Burkina Faso</b> , Continente Africano	Evaluating complex health financing interventions: using mixed methods to inform further implementation of a novel PBI intervention in rural Malawi	O objetivo do estudo é realizar uma avaliação combinada de impacto e processo do programa SSDI-PBI (Service Delivery Integration-Performance-Based Incentive) em Malawi. O estudo visa avaliar os efeitos que a intervenção SSDI-PBI produz no ambiente de trabalho, no comportamento dos prestadores de serviços Além disso, busca contribuir com evidências robustas sobre a eficácia, custo-efetividade e a integração do programa no sistema de saúde	O estudo pretende avaliar como a intervenção SSDI-PBI afeta a quantidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados nas instalações de saúde em Malawi. Isso inclui melhorias na infraestrutura e na disponibilidade de equipamentos médicos, que podem influenciar a utilização e a qualidade dos serviços. estudo busca entender a relação entre os custos do programa e os resultados obtidos, contribuindo para a avaliação do "valor pelo dinheiro" do SSDI-PBI	Em 2014, o Ministério da Saúde do Malawi lançou o programa Service Delivery Integration-PBI (SSDI-PBI). O programa é único porque nenhuma parcela dos bônus de desempenho é paga a profissionais de saúde individuais e transfere a responsabilidade pela infraestrutura e aquisição de equipamentos da equipe da unidade para os parceiros de implementação. Este protocolo descreve uma abordagem que analisa processos e resultados, considera as consequências esperadas e inesperadas do programa e enquadra os resultados do programa em relação aos seus custos. As descobertas desta avaliação informarão a futura expansão pretendida do PBI no Malawi.
52	Ayanore, M; Afaya, A; Kumbeni, MT; Laari, TT; Ahinkorah,	Health insurance coverage among women of reproductive age in rural Ghana:	Avaliou a cobertura do seguro saúde e seus fatores associados entre mulheres em idade	A prevalência geral de cobertura de seguro saúde entre mulheres rurais em Gana foi de 51,9%. Mulheres com ensino médio e superior eram mais propensas a ter cobertura de seguro saúde do que	Embora mais da metade das mulheres estivessem cobertas por seguro saúde, uma porcentagem significativa delas não tinha seguro, destacando a necessidade de ações

	BO; Salia, SM; Bam, V; Yakong, VN; Afaya, RA; Alhassan, RK; Seidu, AA. (2023) <b>Gana</b> , Continente Africano	policy and equity implications	reprodutiva que vivem em áreas rurais de Gana.	aquelas que não tinham educação formal. Mulheres que ouviam rádio com frequência eram mais propensas a ter cobertura de seguro saúde do que aquelas que não tinham. Mulheres com um a cinco filhos tiveram mais probabilidade de ter cobertura de seguro saúde do que aquelas que não deram à luz. Mulheres que estavam grávidas no momento da pesquisa, e mulheres dentro das famílias mais ricas tiveram mais probabilidade de ter cobertura de seguro saúde em comparação com suas outras contrapartes. Mulheres na região de Volta, região de Brong Ahafo, região Norte, região do Alto Leste e região do Alto Oeste tinham maior probabilidade de ter cobertura de seguro saúde do que aquelas na região Ocidental.	políticas imediatas para melhorar os níveis de cobertura do seguro. Foi descoberto que nível educacional, ouvir rádio, paridade, estado de gravidez, quintil de riqueza e região de residência foram fatores associados à cobertura do seguro saúde. Recomendamos melhor direcionamento e priorização da vulnerabilidade em áreas rurais e iniciar políticas que melhorem a alfabetização e a participação da comunidade em programas de seguro. Mais estudos para estabelecer medidas de política de saúde e barreiras específicas do contexto usando desenhos experimentais para inscrições em seguro saúde são necessários.
53	Nahimana, E; McBain, R; Manzi, A; Iyer, H; Uwingabiye, A; Gupta, N; Muzungu, G; Drobac, P; Hirschhorn, LR. (2016) <b>Ruanda</b> , Continente Africano	Race to the Top: evaluation of a novel performance-based financing initiative to promote healthcare delivery in rural Rwanda	Avaliar os resultados de saúde associados a um novo modelo de capacitação de PBF em centros de saúde em todo o distrito de Kirehe, Ruanda.	No acompanhamento de 6 meses, 4 de 13 centros de saúde atingiram 1 meta. No acompanhamento de 12 meses, 7 centros atingiram 1 meta e, no acompanhamento de 18 meses, 6 centros atingiram 2 metas e 2 centros atingiram todas as 3. O desempenho médio dos centros de saúde melhorou significativamente em todo o distrito para todas as três metas: a cobertura média do seguro aumentou de 68% na linha de base para 93% ( $p < 0,001$ ); o número médio de casos de desnutrição aguda nos 6 meses anteriores caiu de 24 para 5 por unidade ( $p < 0,001$ ); e a prevalência de contraceptivos aumentou de 42 para 59% ( $p < 0,001$ ). Várias iniciativas inovadoras de melhoria foram identificadas.	A combinação de PBF, envolvimento/apoio distrital e aprendizagem entre pares resultou em melhorias significativas, apesar das restrições de recursos, e agora está sendo considerada um modelo para expansão em outros distritos de Ruanda.
54	Demissie, GD; Atnafu, A. (2021) <b>Etiópia</b> , Continente Africano	Barriers and Facilitators of Community-Based Health Insurance Membership in Rural Amhara Region, Northwest Ethiopia: A Qualitative Study	Explorar os facilitadores e impedimentos da inscrição no seguro de saúde comunitário em áreas rurais da região de Amhara, Etiópia.	Baixo nível de conscientização, percepção de alto valor do prêmio, baixa percepção da qualidade dos serviços e falta de confiança são as barreiras para aderir ao seguro saúde comunitário.	Houve baixo nível de conscientização e equívoco sobre o seguro saúde comunitário. O principal motivo para recusar a adesão ao CBHI foi a baixa capacidade de pagar o prêmio.
55	Ngugi, AK; Agoi, F; Mahoney, MR; Lakhani, A; Mang'ongo, D; Nderitu, E; Armstrong, R; Macfarlane, S. (2017) <b>Quênia</b> , Continente Africano	Utilization of health services in a resource-limited rural area in Kenya: Prevalence and associated household-level factors	Determinamos a prevalência e os fatores associados à utilização de serviços de saúde em uma área rural do Quênia	230 de 6440 membros da família relataram uma doença. Destes, 76,7% procuraram atendimento médico em uma unidade de saúde. A maioria (94%) dos entrevistados visitou unidades de nível de dispensário e apenas 60,1% compareceram a unidades dentro dos subcondados do estudo. Daqueles que não procuraram serviços de saúde, 43% se automedicaram comprando medicamentos sem receita, 20% acharam que os serviços de saúde eram muito caros e 10% indicaram que a doença não era séria o suficiente para exigir a visita a uma unidade de saúde. Nas análises multivariadas, o relacionamento com o chefe da família foi associado à utilização de serviços de saúde. Parentes que não fossem a família nuclear do chefe da família tinham cinco vezes menos probabilidade de procurar ajuda médica. As unidades de saúde de nível de dispensário são as mais comumente usadas pelos membros desta comunidade, e as relações no nível da família influenciam a utilização dos serviços de saúde durante uma doença.	Esses dados enriquecem a perspectiva da gestão de saúde local para planejar melhor a alocação de recursos de saúde de acordo com a necessidade e a demanda. As descobertas também contribuirão para o desenvolvimento de intervenções de cobertura de saúde em nível comunitário que visem os grupos familiares desfavorecidos.
56	Alhassan, RK; Nketiah-	Efficiency of private and public primary	Explorar os níveis de eficiência de instalações	No geral, 20 das 64 unidades de saúde (31%) foram otimamente eficientes em	As descobertas sugerem algum nível de desperdício de recursos de saúde

	Amponsah, E; Akazili, J; Spieker, N; Arhinful, DK; de Wit, TFR. (2015) <b>Gana</b> , Continente Africano	health facilities accredited by the National Health Insurance Authority in Ghana	de saúde privadas e públicas credenciadas pelo NHIS; verificar os fatores que respondem pelas diferenças na eficiência e determinar a associação entre cuidados de qualidade e níveis de eficiência.	relação aos seus pares. Das 20 unidades eficientes, 10 (50%) eram unidades públicas/governamentais; 8 (40%) eram unidades privadas com fins lucrativos e 2 (10%) eram unidades privadas sem fins lucrativos/de missão. Unidades de missão e públicas predominantemente rural, tinham maiores chances de atingir o benchmark de eficiência técnica de 100% do que aquelas localizadas na região da Grande Accra (amplamente urbana).	em muitas unidades de saúde, especialmente aquelas localizadas em áreas urbanas. O Ministério da Saúde e as partes interessadas relevantes devem realizar uma análise de necessidade mais eficaz para informar a alocação de recursos, distribuição e capacitação para promover a utilização eficiente de recursos limitados sem comprometer os padrões de qualidade do atendimento.
57	Hendriks, ME; Bolarinwa, OA; Nelissen, HE; Boers, AC; Gomez, GB; Tan, SS; Redekop, W; Adenusi, P; Lange, JMA; Agbede, K; Akande, TM; Schultz, C. (2015) <b>Nigéria</b> , Continente Africano	Costs of cardiovascular disease prevention care and scenarios for cost saving: a micro-costing study from rural Nigeria	Avaliar os custos dos cuidados de prevenção de doenças cardiovasculares (DCV) de acordo com diretrizes internacionais, em uma clínica de atenção primária à saúde na Nigéria rural, participante de um programa de seguro saúde.	Os custos dos cuidados de prevenção de DCV foram de 144 dólares americanos (USD) (intervalo 130-158) por paciente por ano. Os custos diretos foram de 82 dólares americanos e os custos indiretos foram de 62 dólares americanos. Os principais impulsores de custos foram medicamentos (USD 39) e testes de diagnóstico (USD 36). Os custos dos cuidados de hipertensão foram de 118 dólares americanos (107-132) e os dos cuidados de diabetes foram de 263 dólares americanos (236-289) por paciente por ano. Uma combinação de transferência de tarefas de médicos para enfermeiros, redução de frequências de consultas e triagem mínima de danos em órgãos resultaria em uma redução de custos diretos de 42%.	Este é o primeiro estudo a relatar os custos dos cuidados de prevenção de DCV na África Subsaariana, com base em dados operacionais coletados prospectivamente. Os custos observados em nosso estudo são inacessíveis em muitos países da África Subsaariana, destacando a necessidade de mecanismos de financiamento inovadores para financiar os cuidados de prevenção de DCV.
58	Memirie, ST; Tolla, MT; Rumpler, E; Sato, R; Bolongaita, S; Tefera, YL; Tesfaye, L; Tadesse, MZ; Getnet, F; Mengistu, T; Verguet, S. (2023) <b>Etiópia</b> , Continente Africano	Out-of-pocket expenditures and financial risks associated with treatment of vaccine-preventable diseases in Ethiopia: A cross-sectional costing analysis	Estimar a extensão das despesas diretas e a magnitude das despesas catastróficas de saúde (DSPs) associadas a DVPs selecionados na Etiópia.	Dados sobre despesas médicas e não médicas diretas de OOP (USD de 2021) e despesas de consumo domiciliar foram coletados de 995 domicílios (1 criança por domicílio) em 54 unidades de saúde em todo o país entre 1º de maio e 31 de julho de 2021. As despesas médias de OOP por episódio de doença para atendimento ambulatorial de diarreia, pneumonia, coqueluche e sarampo teve seu gasto menor que as despesas médias de OOP para atendimento hospitalar. Despesas médicas diretas, particularmente despesas com medicamentos e suprimentos, foram os principais impulsores de custos. Entre aqueles que buscaram atendimento hospitalar (345 domicílios), cerca de 13,3% sofreram CHE, em um limite de 10% das despesas anuais de consumo. O tipo de instalação visitada, recebendo cuidados de internação e riqueza foram preditores significativos de CHE ao ajustar para área de residência (urbana/rural), diagnóstico, idade do entrevistado e tamanho da família. As limitações incluem número inadequado de casos de sarampo e coqueluche.	As despesas OOP induzidas por VPDs são substanciais na Etiópia e impactam desproporcionalmente aqueles com baixa renda e aqueles que necessitam de cuidados hospitalares. A expansão do acesso equitativo às vacinas não pode ser superestimada, tanto por razões de saúde quanto econômicas. Tal percepção requer o comprometimento do governo em aumentar e sustentar o financiamento de vacinas na Etiópia.

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

## Resultados e Discussão

Os 58 artigos selecionados que compuseram esta revisão integrativa foram agrupados por continentes para que pudessem ser melhor avaliados. Portanto, temos: América do Norte com dois artigos dos EUA; América Central com um artigo na Nicarágua; África com 19 artigos sendo eles dois de Burkina Faso, três da Nigéria, um

de Ruanda, três a Tanzânia, dois de Gana, um do Quênia, dois da Etiópia, dois de Malawi, três de Uganda; seis Oceania, cinco da Austrália e um da Nova Zelândia. A Ásia foi o continente que teve maior número de artigos publicados, foram 30 inclusões. A China teve expressão significativa na contribuição desse estudo, foram 19 publicações incluídas do continente asiático, seguido por Índia com quatro artigos, Indonésia com dois, Camboja, Nepal, Vietnã, Bangladesh e Afeganistão, todos estes últimos citados com apenas uma publicação inclusa no estudo.

Um fato curioso do presente estudo é que não foi encontrado estudo a respeito da alocação de recursos destinado a APS na América do Sul e apenas um da América Central, portanto, sabemos pouco a respeito desse tema na América Latina. Estudo de importante relevância que teve por objetivo mapear e analisar as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde nos países da América Latina a partir da produção científica dos últimos dez anos traz evidências da fragilidade dos sistemas de saúde de serem equânime e mostra barreiras que as pessoas enfrentam para acessar os serviços de saúde, sendo barreiras socioeconômica e geoespacial.<sup>22</sup>

Nos estudos trazidos pela América do Norte podemos observar a preocupação governamental por políticas públicas de financiamento em saúde com foco em determinadas patologias como em rastreamento e tratamento de alguns tipos de câncer. Evidencia uma disparidade significativa em termos de incidência e mortalidade por diversos tipos de câncer em áreas rurais, em comparação com áreas urbanas. Mas também se observa que para tentar mitigar essas desigualdades, foram implementados programas de saúde primária subsidiados em áreas rurais. Embora esses programas tenham contribuído para a melhoria do acesso a cuidados de saúde em algumas comunidades, a distribuição desses recursos não foi homogênea. Apesar dos esforços, muitas comunidades rurais, especialmente as mais diversas e com menos recursos, continuam com acesso limitado a serviços de saúde. É sabido que o sistema de saúde dos EUA atende apenas uma parcela da população, geralmente as que estão providas de planos e seguros de saúde caros e com crescentes a valores inacessíveis a muitos. Os recursos para a saúde são destinados em maioria para sociedade de idosos, crianças e portadores de doenças crônicas são atendidos pelos programas governamentais, Medicaid e Medicare.<sup>23</sup>

Na América Central com apenas um artigo incluso da Nicarágua aponta para as consequências negativas das políticas de ajuste estrutural neoliberais implementadas sob pressão de agências multilaterais e bilaterais. Essas políticas, ao restringir os serviços de saúde oferecidos pelo Estado enfraqueceram significativamente a rede de

proteção social e a capacidade das comunidades locais de lidar com problemas de saúde, principalmente a população mais vulnerável. Esse acontecimento é possível fazer um paralelo com o Brasil que a partir da Emenda Constitucional n. 95/2016 a qual derruba os direitos sociais, principalmente da saúde como uma ação de extrema-direita que posteriormente culmina na Portaria do Ministério da Saúde n. 2.979/2019 Programa Previne Brasil <sup>24</sup>, destituiu a lógica da atenção primária à saúde e da universalidade do sistema agindo pela descontinuidade do financiamento.<sup>25</sup>

Já na Oceania, o estudo abordado na Nova Zelândia destaca a importância da participação comunitária na gestão da saúde e alerta para os riscos que as novas reformas podem trazer para essa participação. A nova estrutura do sistema de saúde pode centralizar o poder de decisão e reduzir a autonomia dos fundos comunitários. Estudos demonstram a ligação entre investimento em cuidados primários da saúde, aumento do acesso a cuidados primários para populações com alta necessidade com evidência de eficácia do investimento em cuidados primários, medido por meio do *Primary Health Care Framework do Capital and Coast District Health Board (DHB)* <sup>26</sup>, porém é notória a lacuna desse investimento.

No contexto da Austrália podemos dizer que os textos incluídos abordam a questão do financiamento e da prestação de serviços de saúde em áreas remotas com foco em populações vulneráveis indígenas e moradores rurais. Os artigos abordam temas em comum como a necessidade de financiamento adequado enfatizando a importância de garantir a prestação de serviços de saúde em áreas remotas considerando os custos mais elevados e as necessidades específicas dessas populações; a importância da equidade fundamental para garantir o acesso aos serviços de saúde, especialmente para os grupos em questão; utilização de evidências empíricas, ou seja, estudos utilizam dados e evidências concretas para embasar suas conclusões e recomendações; e a necessidade de modelos de atendimento específicos, por exemplo, destacam a necessidade de adaptar os modelos de atendimento às necessidades das populações rurais e indígenas, considerando suas especificidades culturais e sociais. O sistema de saúde australiano é caracterizado por um serviço nacional de saúde, tem por base um seguro de saúde universal e compulsório denominado Medicare. Os serviços de saúde são prestados por uma complexa rede de prestadores públicos autônomos e de prestadores privados, até mesmo as práticas de medicina familiar são na maioria privadas.<sup>27</sup>

Os estudos sobre a Alocação de Recursos de Saúde na China Rural avaliaram as mudanças ocorridas com política como o Novo Cooperativo de Seguro Médico Rural

(NCMS). Os textos abordam o impacto e os resultados que indicam avanços significativos, mas também destacam desafios persistentes.

Dos pontos positivos é destacado aumento da quantidade e qualidade dos recursos destinados a saúde nas áreas rurais, a melhora na distribuição dos recursos, especialmente para minorias étnicas e regiões menos desenvolvidas, redução do pagamento direto pelos pacientes, especialmente para internações hospitalares, aumento da cobertura do seguro de saúde rural.

No entanto, na contramão temos desigualdades persistentes no acesso a serviços ambulatoriais, especialmente em áreas rurais remotas, necessidade de fortalecer a APS para reduzir a demanda por serviços hospitalares, alto custo de medicamentos e procedimentos não cobertos pelo seguro, necessidade de melhorar a eficiência da alocação de recursos especialmente nas regiões menos desenvolvidas e reduzir as desigualdades no acesso aos serviços.

A China fez progressos significativos na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde em áreas rurais. As políticas de saúde devem continuar a evoluir no mecanismo de controle, financiamento, qualificação dos profissionais para garantir que todos os cidadãos a sua saúde assegurada. Também é recomendado o aumento da cobertura populacional e ampliar o pacote de benefícios do NCMS, melhorar a eficiência da alocação de recursos, monitorar e avaliar as políticas, promover a equidade.

Outros pontos relevantes abordados nos estudos foram a necessidade de análise mais detalhada das diferenças entre as regiões como comparar a eficiência da alocação de recursos em diferentes tipos de condados (desenvolvidos, em desenvolvimento e menos desenvolvidos); o impacto das reformas na saúde reprodutiva. Avaliar os desafios e oportunidades da integração do seguro de saúde e seu impacto na equidade e na eficiência e explorar o potencial das tecnologias da informação e comunicação para melhorar a gestão dos recursos de saúde e a qualidade dos serviços.

Fazendo comparação com a realidade brasileira, estudo que analisa as especificidades da organização e do acesso à APS no SUS em municípios rurais remotos (MRR) do Brasil, há condições próprias das dessas comunidades que condicionam o planejamento da APS; há diferenças nas estratégias de cuidado à saúde e maiores falhas de cobertura assistencial nas áreas mais rarefeitas e remotas dos municípios; existem contradições entre o financiamento da APS nacional e as

características dos territórios marcado por rarefação populacional e longas distâncias; e a escassez da força de trabalho é um desafio comum nos municípios estudados.<sup>28</sup>

Até a década de 1970 a China adotava o Sistema de Médico Corporativo Rural pelo Fundo de Seguro do Governo ou Regime de Seguro do Trabalho. Esse sistema garantiu um bom acesso à saúde para a população, considerando o baixo nível de renda. Porém, com as reformas econômicas levaram a ruptura dos programas de saúde existentes e houve aumento dos gastos individuais com saúde, deterioração da saúde da população e aumento da desigualdade. Diante disso, para a necessidade de manter a legitimidade política e impulsionar o crescimento econômico levou o governo a implementar novas reformas que foram a criação do *New Rural Cooperative Medical Scheme* (NRCMS) em 2003. Funciona a partir de contribuições individuais, do governo local e do governo central, variando a proporção de acordo com as condições socioeconômicas. Beneficiários com mais dificuldades financeiras podem ainda ter sua parte da contribuição coberta pelo *Medical Financial Assistance Program*.<sup>29</sup>

O contexto dos artigos publicados na Índia não diverge tanto dos estudos já citados nesse trabalho. Algumas dificuldades persistem como a necessidade de aumentar investimento público, de garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde, a importância de desenvolver modelos de financiamento sustentáveis para garantir a continuidade dos serviços de saúde.

Contudo, a Índia ainda precisa avançar nas políticas públicas de alocação de recursos para a saúde, principalmente para a APS e em áreas remotas. É abordado como possibilidade de melhoria nesses locais a colaboração entre o setor público, o setor privado e o fortalecimento das organizações da sociedade civil para alcançar resultados mais eficazes e a expansão da cobertura de seguros de saúde e a implementação de políticas que protejam as famílias dos impactos financeiros relacionados à saúde. É necessário ampliar os esquemas de seguro de saúde para incluir serviços ambulatoriais e outras coberturas essenciais, assim como, o incentivo da utilização desses serviços. Promover integração de sistemas de medicina tradicional como o AYUSH no setor público pode ser uma estratégia eficaz para reduzir os custos e melhorar o acesso aos serviços de saúde. Desenvolver políticas que protejam as famílias rurais pobres dos impactos financeiros causados por gastos com saúde.

Os artigos referentes a Indonésia retratam o quão as políticas de saúde aplicadas sem considerar as particularidades e necessidades das comunidades locais pode gerar resultados insatisfatórios. O enfrentamento das áreas rurais e remotas nas dificuldades

específicas para garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade, exigindo soluções inovadoras e adaptadas. Necessidade de otimizar a alocação de recursos e o planejamento de serviços de saúde para realizar análises mais detalhadas dos custos considerando diversos fatores como tamanho da população, densidade e complexidade dos casos.

Pesquisa realizada no Vietnã aponta avanço na política de *Health Care Funds for the Poor (HCFP)*, porém há a necessidade de esforços para que ela seja mais acessível e efetiva. No Camboja observamos estudo mais voltado ao programa materno-infantil como prevenção de agravos, o esquema de Vouchers se cuidadosamente projetados e implementados, têm potencial para reduzir barreiras financeiras e, portanto, melhorar o acesso a parteiras qualificadas para mulheres pobres. No Afeganistão a população mais vulnerável tende a usar mais os serviços de saúde primária ao longo do tempo. No Nepal tem maior representação de membros de casta média e baixa, assim, há mais probabilidade de contribuírem financeiramente para a unidade de saúde local. Em Bangladesh comparações ao longo de 2 anos mostraram aumentos na utilização do orçamento e atualização de pontos de prestação de serviços em sindicatos identificados nos mapas, isso favorece o planejamento de instalações de saúde e a distribuição da alocação de recursos para a saúde.

A respeito do continente africano, Uganda a expansão do seguro de saúde comunitário (CBHI) está em alinhado com as políticas de proteção social do governo, promovendo o acesso à saúde para um maior número de pessoas. Apresenta uma forma mais sustentável de financiar a saúde para muitas famílias, comparado a outras opções. Porém, o gasto com transporte pode limitar o acesso, como também, podem ter outras prioridades financeiras que ficam comprometidas com o pagamento dos prêmios do seguro ou mesmo podem não ter condições de arcar com esse custo.

Na Tanzânia, a pesquisa demonstra que o sistema DHFF pode ser uma ferramenta eficaz para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde materna, especialmente em regiões com recursos limitados. Fora do contexto materno-infantil, é notória as barreiras ao acesso a cuidados de saúde incluem custos médicos e de transporte, exacerbados pela falta de cobertura de seguro abrangente entre os grupos mais pobres.

A pesquisa na Nigéria comparou dois modelos de financiamento para a atenção primária à saúde (APS): Pagamento por Desempenho (PBF) e Financiamento Direto para Instalações (DFF). Ambos os modelos, PBF e DFF, demonstraram ser mais

eficazes que os métodos tradicionais. O sucesso do DFF destaca a importância de conceder maior autonomia às unidades de saúde, permitindo que elas gerenciem seus próprios recursos e respondam às necessidades locais. Os custos dos cuidados para prevenir doenças crônicas são elevados e representam um desafio para muitos países da África Subsaariana, exigindo a busca por mecanismos de financiamento inovadores.

Os estudos abordados de Burkina Faso buscam abordar questões da seleção adversa em esquemas de seguro saúde e os desafios do financiamento de serviços de saúde em contextos de baixa renda. Em Malawi estudo indica que um compromisso político formal para fornecer serviços de saúde gratuitos não é suficiente para garantir proteção financeira. Gana também traz artigo com abordagem direcionado a saúde da mulher e evidencia a necessidade de políticas públicas mais eficazes para garantir o acesso equitativo à saúde para todas as mulheres. A identificação dos fatores associados à cobertura de seguro saúde permite direcionar as ações para os grupos mais vulneráveis. Além disso, a otimização da alocação de recursos é fundamental para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Na Etiópia foi o único estudo incluso abordando a cobertura vacinal e seus custos. Os custos diretos pagos pelos pacientes para tratar doenças preveníveis por vacinas são altos e afetam desproporcionalmente as pessoas de baixa renda e que necessitam de hospitalização. A expansão do acesso às vacinas é crucial tanto para a saúde da população quanto para a economia do país. O governo precisa aumentar e garantir a sustentabilidade do financiamento para a vacinação. E no quesito a baixa adesão ao seguro de saúde comunitário (CBHI) relata a dificuldade das famílias em pagar as contribuições.

Estudo de Ruanda mostra estratégia positiva para o aumento no seguro de saúde e como esse fato trouxe benefícios a população. No Quênia, estudo aborda intervenção na comunidade para pensar a gestão de saúde local e planejar melhor a alocação de recursos de saúde de acordo com a necessidade e a demanda.

O conceito de acesso à saúde é multidimensional e envolve várias dimensões que influenciam a capacidade dos indivíduos de utilizar serviços de saúde, o acesso é afetado por barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais, que podem facilitar ou obstruir a utilização dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços, a capacidade de pagamento e a aceitabilidade são fatores cruciais que determinam o acesso à saúde.<sup>30</sup>

Travasso e Castro em seu texto Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Saúde destaca que as injustiças sociais são frequentemente originadas de estruturas sociais estratificadas, onde indivíduos em diferentes posições sociais têm acesso desigual a recursos e serviços. A equidade em saúde é um princípio fundamental que busca garantir que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de sua posição social. Grupos com menor capital cultural e educacional tendem a ter menos acesso à informação em saúde e, conseqüentemente, a serviços de saúde. Mesmo quando os serviços estão disponíveis, a utilização pode variar, com grupos mais favorecidos utilizando mais serviços de saúde de qualidade. As desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde resultam em disparidades nos resultados de saúde, com populações vulneráveis apresentando piores condições de saúde e maior mortalidade.<sup>30</sup>

## **Conclusão**

A inclusão de estudos de diversas regiões, como América do Norte, Central, Oceania, Ásia e África, proporciona uma visão global e comparativa dos desafios e possíveis aprendizados com outros sistemas de saúde.

No entanto, evidentemente ainda estamos distantes de responder ao compromisso firmado na Conferência de Alma-Ata de 1978. Existe uma disparidade significativa no acesso aos serviços de saúde entre áreas rurais e remotas, especialmente as mais vulneráveis, sendo as mais prejudicadas.

O Estudo abordou diversos aspectos, como financiamento, acesso, principalmente dos grupos mais vulneráveis, equidade, qualidade dos serviços, participação comunitária na gestão da saúde sendo crucial para garantir que as necessidades locais sejam atendidas e especificidades regionais sendo necessário adaptar os modelos de atendimento às necessidades das diferentes populações, considerando suas especificidades culturais e sociais.

Os desafios mais comuns são a necessidade de aumentar o investimento em saúde, garantir a equidade no acesso, fortalecer a atenção primária e adaptar os serviços às necessidades específicas das populações. É possível concluir que há necessidade de melhorar a alocação de recursos em saúde, como a necessidade de fortalecer a participação comunitária, investir em tecnologias da informação e comunicação e desenvolver modelos de financiamento sustentáveis.

É possível observar pelos estudos que a prestação de serviços de saúde em áreas remotas é mais cara do que em áreas urbanas devido a fatores como a dispersão geográfica, a necessidade de infraestrutura especializada e a rotatividade de profissionais. Outro ponto fundamental é garantir a sustentabilidade financeira dos

serviços de saúde em áreas através de modelos de financiamento adequados e de investimentos em infraestrutura, como também, desenvolver modelos de atendimento específicos para as necessidades das populações rurais e indígenas e considerar alta rotatividade de profissionais de saúde nessas áreas.

O estudo analisado aborda as complexidades da alocação de recursos para a saúde em diversos países, com foco nas desigualdades no acesso a saúde pela população rurais e remotas. Boa parte dos estudos destaca a importância de um financiamento adequado e sustentável para garantir a prestação de serviços de saúde em áreas remotas, onde os custos são mais elevados.

A alocação de recursos para a saúde é um desafio complexo que exige a adoção de políticas multifacetadas e a consideração das especificidades de cada contexto. É necessário investir em pesquisas para identificar as melhores práticas e avaliar o impacto das diferentes políticas de saúde.

## Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional para a Europa. 1978. Declaração de Alma-Ata. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional para a Europa. OMS/EURO:1978-3938-43697-61471. <https://iris.who.int/handle/10665/347879>
2. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(3):e00012219. doi: 10.1590/0102-311X00012219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012
4. Mattos RA de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009;13:771–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>
5. Bispo Júnior, J. P., & Almeida, E. R. de .. (2023). Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 39(10), e00120123. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>
6. El Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180613 <https://doi.org/10.1590/Interface.180613>
7. Reis MHS, Portugal JKA, Mariño JM, Barros WS, Dantas JS, Souza TTG, Reis YS, Germano SNF, Barão EJS, Freitas DLA. Impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde. Electronic Journal Collection Health*. ISSN 2178-2091. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3631.2020>
8. Pucciarelli MLR. Estratégia Saúde da Família em áreas rurais ribeirinhas amazônicas: estudo de caso sobre a organização do trabalho em uma Unidade

- Básica de Saúde Fluvial de Manaus. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.
9. Bousquat A, Faustoll MCR, AlmeidaIII PF, Limal JG, Helena SeidIII, Sousa ABL, Giovanella L. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2022;56:73. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>
  10. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Santos AM, Seild H, Mendonça MHM, Cabral LMS, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.32, n.1, e220382pt, 2023. DOI 10.1590/S0104-12902023220382pt.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
  12. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* 42 (spe1) Set 2018 • <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
  13. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.os 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 14 fev. 2023.
  14. Ferreira CP. Análise de custo de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial: Estudo de caso do município de Tefé, Amazonas. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.
  15. Brasil. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. 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 [Internet]. Ministério da Saúde. 2019 [acessado 2021 Nov 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
  16. Couto JGA, Mendes A. Argumentos “oficiais” utilizados para as mudanças na atenção primária à saúde brasileira: uma revisão narrativa com foco na nova forma de alocação de recursos. *J Manag Prim Health Care*, 2022;14(spec):e0022<https://doi.org/10.1242/jmphc.v14.1212>
  17. Concelho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASEMS. Tipologia de municípios, segundo IBGE, e cadastros de usuários por município: Bahia.
  18. IBGE. Proposta de classificação dos espaços rurais e urbanos no Brasil: tipologia municipal.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 176 p. : il
  20. Carnut L, Mendes A. Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *RIO DE JANEIRO*, V. 44, N. 126, P. 902-918, JUL-SET 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012624
  21. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

- serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.
22. Oliveira TS, Pereira AMM. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde 1 na América Latina: uma revisão de escopo. *Cien Saude Colet* 2024; 29:e04932024. DOI: 10.1590/1413-81232024297.04932024
  23. Liberato, CCG. O Sistema *de Saúde* Americano, construído como “colcha de retalhos” . *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.5, p.51093-51104may.2021
  24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. 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. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
  25. Mendes A, Carnut L. Crise Do Capital, Estado E Neofascismo: Bolsonaro, Saúde Pública E Atenção Primária. *Revista Da Sociedade Brasileira De Economia Política*. 57 / setembro 2020 – dezembro 2020.
  26. Tan L, Carr J, Reidy J. Evidências da Nova Zelândia sobre o impacto do investimento em cuidados primários de saúde no Capital and Coast District Health Board. *Nova Zelândia Med J*.30 de março de 2012;125(1352):7-27
  27. Escoval A, Ribeiro RS, Matos TT. Contratualização em cuidados de saúde primários. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*. VOLUME TEMÁTICO: 9, 2010.
  28. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Santos AM, Seidl H, Mendonça MHM, Cabral LMS, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v.32, n.1, e220382pt, 2023. DOI 10.1590/S0104-12902023220382pt
  29. Nogueira I, Bacil F, Guimarães JV. A caminho de um estado de bem-estar social na China? Uma análise a partir dos sistemas de saúde e de educação. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 29, n. 2 (69), p. 669-692, maio-agosto 2020.
  30. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 183-206. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009>.