

O financiamento dos sistemas universais de saúde e seus impactos na atenção ao usuário idoso. Uma análise à luz da saúde pública

The financing of universal health systems and their impacts on care for the elderly. An analysis in the light of public health

DOI:10.34119/bjhrv4n1-108

Recebimento dos originais: 13/11/2020

Aceitação para publicação: 13/01/2021

Richardson Lemos De Oliveira

Especialista em Gestão em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), Geriatria e Gerontologia pela Universidade Aberta da Terceira idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ). Pós-graduado em Auditoria em Serviços da Saúde, pela Faculdade de Minas Gerais (Facuminas).

Endereço: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Sub Reitoria de Extensão e Cultura, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rua São Francisco Xavier, 524 bloco F sala-10150 Maracanã 20599-900 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

E-mail: Richardson_lemos@hotmail.com

Célia Pereira Caldas

Pós doutora pela Universidade de Jönköping na Suécia e pela Universidade Federal de São Paulo (UFSP). Doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora titular do programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e no programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PPGCM).

Endereço: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Sub Reitoria de Extensão e Cultura, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rua São Francisco Xavier, 524 bloco F sala-10150 Maracanã 20599-900 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

E-mail: celpcaldas@hotmail.com

Harlon França De Menezes

Doutorando pela Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ). Pós-graduado em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Gama Filho.

Endereço: Rua Dr. Celestino, 74, 6º andar. Centro. Niterói - RJ. 24020-091.

Email: harlonmenezes@hotmail.com

Cláudio Rodrigues De Lima

Doutorando em Ciências Biomédicas pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário (IUNIR). Mestre em Ciências Pedagógicas pelo Instituto Superior de Estudos Pedagógicos (ISEP). Coordenador e professor do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro (UNESA).

Endereço: Universidade Estácio de Sá, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Rua Felipe Cardoso, 1.660 – Centro Santa Cruz 23520-572 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil

E-mail: claudio.lima@estacio.br

Bruno Eduardo De Menezes Pequeno

Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Aberta da Terceira idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ).

Endereço: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Sub Reitoria de Extensão e Cultura, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rua São Francisco Xavier, 524 bloco F sala-10150 Maracanã 20599-900 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

E-mail: bruno.eduardo@mail.com

Cristiane Abranches

Especialista em Traumatologia-ortopedia com ênfase em terapias manuais pela Universidade Castelo Branco (UCB) e Geriatria e Gerontologia pela Universidade Aberta da Terceira idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ).

Endereço: Quadra 201 Sul NS01. Centro de Palmas, Tocantins– Brasil.

E-mail: c.isio@hotmail.com

Mariana Keller Campos Lima

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Docente da Universidade Castelo Banco (UCB).

Endereço: Avenida Santa Cruz, 1631. Realengo, Rio de Janeiro – Brasil.

E-mail: mari.keller@hotmail.com

Wanderson Patrick Da Conceição Nogueira

Pós-graduação em Oncologia pelo Centro Universitário Celso Lisboa.

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Maio, 797. Engenho Novo, Rio de Janeiro – Brasil

E-mail: wandersonpatrick@gmail.com

RESUMO

A presente pesquisa trata-se de um estudo no campo da saúde pública, onde abordará questionamentos acerca de acesso, universalidade e economia entre os sistemas universais de saúde. A temática em questão vem sendo pauta de debate e grandes órgãos mundiais, como por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS). O estudo possui como questão norteadora: De que forma os países que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da saúde pública dando ênfase à população idosa? Seu objetivo geral é analisar de que forma os países que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da atenção à saúde da população com ênfase à população idosa. O objetivo específico é descrever de que forma os países que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da atenção à saúde pública com enfoque na população idosa. Método: foi realizada uma revisão integrativa. Logo, foram percorridas as seguintes etapas para realização de tal método: 1ª Fase que consiste na elaboração da questão que norteará o estudo. 2ª Fase que realizam busca de amostragem com base nas literaturas. 3ª Fase será a coleta de dados. 4ª Fase consistiu na análise crítica dos estudos selecionados. 5ª Fase foi a discussão dos resultados e a última e 6ª Fase consistirá na apresentação da revisão integrativa. Conclusão: Pôde-se notar, com o resultado trazido pelas discussões da presente pesquisa, que a Organização Mundial de Saúde (ONU) segundo suas prerrogativas legais expõe sobre os direitos de saúde da pessoa idosa e em caso de descumprimento suas penalidades legais. No entanto, apesar das propostas concretizadas a respeito das prioridades assistenciais estreitadas no momento da proposta de sistematização do cuidado universal dos sistemas mundiais de saúde, a saúde da população idosa permanecia oculta

nos debates apesar de seus direitos prioritários, como a saúde da gestante e parturiente que teve foco diante aos debates.

Palavras chaves: Saúde do Idoso, Sistemas de Saúde, Financiamento da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This research is a study in the field of public health, where it will address questions about access, universality and economics among universal health systems. The subject in question has been the subject of debate and major world bodies, such as the World Health Organization (WHO). The study had as a guiding question: How do countries that have universal health systems deal with public health financing with an emphasis on the elderly population? Its general objective is to analyze how countries that have universal health systems deal with the financing of health care for the population with an emphasis on the elderly population. The specific objective is to describe how countries that have universal health systems deal with the financing of public health care with a focus on the elderly population. Method: an integrative review was carried out. Therefore, the following steps were taken to carry out such a method: 1st Phase, which consists of elaborating the question that will guide the study. 2nd Phase that carry out a sampling search based on the literature. 3rd Phase will be data collection. 4th Phase will consist of a critical analysis of the selected studies. 5th Phase will be the discussion of the results and the last and 6th Phase will consist of the presentation of the integrative review. Conclusion: It was noted with the result brought by the discussions of the present research, that the World Health Organization (UN) according to its legal prerogatives exposes on the health rights of the elderly person and in case of non-compliance with their legal penalties. However, despite the proposals made regarding the assistance priorities narrowed at the time of the proposal to systematize universal care in the world health systems, the health of the elderly population remained hidden in debates despite their priority rights, such as the health of the pregnant woman and parturient who focused on the debates.

Keywords: Health of the Elderly, Health Systems, Health Care Financing.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata-se de um estudo no campo da *saúde pública*, onde abordará questionamentos acerca de acesso, universalidade e economia entre os sistemas universais de saúde. A temática em questão vem sendo pauta de debate e grandes órgãos mundiais, como por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Há mais de 30 anos foi definida na Declaração de Alma-Ata a garantia de saúde para todos, onde se almejava uma melhor qualidade de vida e dentre outros aspectos. A OMS vem discutindo esta temática ao longo dos anos, porém, no ano de 2005, a OMS através da Resolução 58.33 da Assembleia Mundial da Saúde, definiu-se por meio do Regulamento Sanitário, parte I que dispõe sobre Definições, Propósito e Abrangência, princípios e autoridades responsáveis, no artigo 3º:—A implementação deste

Regulamento obedecerá a meta de sua aplicação universal, para a proteção de todos os povos do mundo contra a propagação internacional de doenças (OMS, 2005).

Posteriormente, no ano de 2010 emitiu um relatório, a fins de estreitar o acesso universal a saúde no mundo e aponta que [...] a necessidade de cobertura universal de saúde, e duma estratégia para financiá-la, nunca foram tão grandes como neste momento em que o mundo se debate com o abrandamento econômico, a globalização das doenças e das economias e com exigências crescentes para cuidados crônicos que estão parcialmente ligados ao envelhecimento das populações. (OMS, 2010)

Sendo assim, os países aderiram-se ao conceito de — cobertura universal, onde cada qual com peculiaridades no desenvolvimento do sistema com propostas baseadas em modelos de sistema universal (universal health system-UHS) versus cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage-UHC*).

Giovanella et. al (2018) diz haver dubiedade quanto ao significado da universalidade na proposta de UHC. Nos países europeus, em geral universalidade se refere à cobertura pública de sistemas nacionais, sob designações como *Universal Health Care* ou *Universal Health Systems* (UHS). Para países em desenvolvimento, o termo Universal Health Coverage (UHC) é empregado em referência à cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas públicos universais.

Baseado em experiências exitosas em seu campo de trabalho como profissional da saúde, no contexto da saúde pública, o autor insere-se no contexto intencionado em ter como motivação a sua trajetória na saúde pública para o desenvolvimento desta pesquisa. Na gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o autor pôde perceber que o sistema de saúde pública brasileiro, possui inúmeras qualidades, no entanto, as questões deficitárias são perpendiculares. Como exemplo, podemos abordar os vieses da saúde da população idosa.

Segundo a portaria de Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, evidencia-se que no mês de fevereiro do mesmo ano, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Segundo tal documento, deve-se priorizar a saúde do Idoso com linha prioritária de cuidado, assim como saúde da mulher, gestantes, saúde da criança e entre outras.

Em contrapartida, a saúde da população idosa na Atenção Básica do Rio de Janeiro é inserida no contexto das doenças crônicas. Até mesmo pelos protocolos municipais, não é dado enfoque a população mencionada. A secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro (SMS RJ) possui como linha prioritária a saúde do idoso, no entanto, tal prioridade não é transmitida para assistência direta ao paciente. Nas unidades Básicas de Saúde, pode-se notar suma preocupação com a população idosa com a chegada das denúncias através dos ministérios públicos que são direcionadas as equipes de Saúde da Família. Entretanto, os fatos reais e vividos pelo autor em seu campo de trabalho os fizeram a motivar-se a desenvolver esta pesquisa, que tem como objeto de estudo o financiamento da atenção à população a pessoa idosa em sistemas universais de saúde.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Justificar um estudo requer alguns elementos cruciais, como por exemplo: propor uma efetivação de ideias que possam abranger os aspectos sociais e os científicos para a temática abordada. Pensa-se que tais elementos unidos possam contribuir para o devido mérito do cuidado de forma ampla e horizontalizada do sistema ao usuário no contexto do mundo da vida.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina, ainda, dado da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

Além disso, esta revisão permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não dispõem de tempo suficiente para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível, além da dificuldade em realizar a análise crítica dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Em 2018 o Ministério da saúde disponibilizou uma agenda de prioridades de Pesquisa em Saúde (APPMS).

A APPMS é um documento de caráter consultivo que além de oferecer suporte para o planejamento estratégico do Decit/SCTIE/MS e das demais áreas do MS, representa uma importante ferramenta de articulação com institutos e fundações de fomento à pesquisa, visando o estabelecimento de parcerias

(públicas e privadas) para potencializar o financiamento de pesquisas em saúde e direcionar esforços para temas estratégicos e de relevância para o SUS. A estruturação da APPMS permitirá ainda o fortalecimento das ações de avaliação e monitoramento das pesquisas financiadas no âmbito do SUS, ampliando a possibilidade de incorporação de tecnologias e dos resultados das pesquisas científicas no sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Logo, este estudo torna-se relevante por abordar um tema que é prioridade de pesquisa na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, contido no Eixo 7 —Economia e gestão Saúde¹ e em suas subagendas:¹ 7.5 - Avaliação do processo de orçamentação nos três níveis de atenção do SUS; 7.5 - Avaliação dos impactos à saúde decorrentes da alocação de recursos em ações da Atenção Básica; 7.6 - Avaliação do Gasto Tributário Líquido e seu impacto no financiamento do SUS.

Como relevância para o ensino, espera-se que o estudo ofereça base sólida e consistente para a transparência e construção de conteúdo exposto. Assim, quanto à relevância acadêmica, pretende-se que os resultados deste estudo possam ampliar a produção de novos conhecimentos, a fim de que estes possam ser utilizados para contribuir na realização de mais pesquisas na área da Saúde Pública, principalmente na Saúde do Idoso e Saúde Coletiva e que venha a beneficiar toda a equipe de saúde.

A relevância social é projetada pelo respaldo adquirido pelos cursos de especialização em Saúde Pública, Coletiva e Geriatria/Gerontologia, pois ampliando o conhecimento e sua forma de produzir ciência, os profissionais poderão ser vistos como capaz de atuar nas áreas da descritas e do mercado atual, transcendendo os conceitos pré-concebidos.

Entretanto, este trabalho não tem a pretensão de esgotar a temática, que sirva de pontapé inicial e motivação para a realização de novas pesquisas na área da saúde pública e que sirva de subsídios na busca da excelência para a atenção prestada aos estes clientes que dependem deste serviço, aos cidadãos responsáveis e ativos participantes em seus processos de possíveis mudanças em razão de seus atuais ciclos de vida.

O estudo possuiu como questão norteadora: De que forma os países que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da saúde pública dando ênfase à população idosa? Seu objetivo geral é analisar de que forma os países que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da atenção à saúde da população com ênfase à população idosa. O objetivo específico é descrever de que forma os países

que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da atenção à saúde pública com enfoque na população idosa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE: Caminhos e trajetórias

Estudos apontam que mesmo países que estão em desenvolvimentos apresentaram muitos avanços para garantir o acesso universal, apesar de ainda possuírem um longo caminho a percorrerem.

Para Noronha (2013), há muitas barreiras ao acesso, seja do lado da demanda, seja do lado da oferta. Certamente a "barreira financeira" constitui uma barreira significativa do lado da demanda, mas não é a única e nem sempre a principal. Ela varia de acordo com o serviço necessário para atender a necessidades específicas.

Os governos devem também estar cientes que os serviços públicos gratuitos podem ser capturados pelos ricos, que os utilizam mais do que os pobres, mesmo que as suas necessidades sejam menores. Em alguns países, apenas os mais ricos têm acesso a um nível adequado de serviços, enquanto noutros apenas os mais pobres são excluídos. Alguns grupos de pessoas são ignorados pelas falhas da maioria dos sistemas, e os padrões de exclusão dos serviços variam. Deve prestar-se particular atenção às dificuldades de acesso a serviços encarados pelas mulheres e grupos étnicos e migrantes, e aos problemas específicos vividos pelas populações indígenas. (OMS, 2010)

Serviço Nacional de Saúde inglês (*National Health Service-NHS*) é pioneiro e referência internacional de sistema de acesso universal, com financiamento fiscal e estrutura centralizada e oferta regionalizada. Garante atenção integral em todos os níveis por meio de APS robusta com obrigatoriedade de registro dos cidadãos junto a um consultório de médico generalista com função de porta de entrada e filtro para acesso ao especialista, que está situado em um segundo nível, no ambulatório de hospitais, em sua maioria públicos. (MACHADO e GIOVANELLA, 2018)

É fato que países mais ricos se aproximam mais da lógica de cobertura universal, pois possuem recursos financeiros que proporcionam essa aproximação mais satisfatória da proposta. No entanto, muitos países de baixos e médios rendimentos também conseguiram progressos significativos no desenvolvimento de sistemas de financiamento para a cobertura universal. Por exemplo: Chile, Colômbia, Cuba, Ruanda, Sri Lanka, Tailândia, Brasil, Costa Rica, Gana, Quirguistão, Mongólia, República da Moldávia, Gabão, República Popular e Democrática do Laos, Mali, Filipinas, Tunísia, Vietnam, estes

países conseguiram elaborar estratégias para levar acesso a saúde a quem estava cem por cento desassistidos.

O processo de universalização dos sistemas de saúde europeus, na maior parte dos países ocidentais e nórdicos, se completou nas décadas de 1960 e 1970 com a expansão dos seguros sociais para o conjunto dos trabalhadores e seus dependentes, em situação de pleno emprego, ou com a criação de serviços nacionais de saúde como no Reino Unido (1948), Portugal (1974), Itália (1978) e Espanha (1986). (MACHADO e GIOVANELLA, 2018)

China e Estados Unidos da América desenvolveram planos de ações para ampliar o acesso a saúde aos que estavam desassistidos conforme exposto pela Organização Mundial de Saúde no ano de 2010.

Em contrapartida, Machado e Giovanella (2018) apontam que o sistema de saúde dos EUA exemplifica as consequências restritivas para o direito à saúde de um modelo calcado em diferentes tipos de seguros, com forte peso privado. Entre os sistemas de 11 países desenvolvidos, é avaliado como o pior, por apresentar maior gasto em saúde, reduzida eficiência administrativa e piores resultados em equidade, acesso, qualidade, expectativa de vida e mortalidade infantil. Os EUA diferenciam-se de outros países de industrialização avançada pelo caráter residual e predomínio do mercado privado no asseguramento e na prestação em saúde, com importante parcela da população descoberta. O sistema é segmentado e fragmentado em sua organização (empresas de seguro são as principais compradoras de serviços), oferta (importância dos hospitais privados com fins lucrativos), financiamento, regras de elegibilidade e cesta de serviços cobertos.

Idealizar o financiamento sensato e justo aos sistemas de Saúde que possuem como características cobertura universal pode ir muito além do que imaginamos. Segundo nota técnica exposta pela Organização Mundial da Saúde (2010), o financiamento de saúde é muito mais do que um simples angariar de dinheiro para a saúde. Também se debruça sobre a quem se pede para pagar, quando se paga, e como é que o dinheiro obtido é gasto.

O uso da —*receita* que é comumente associado ao —*financiamento da saúde* por sua vez possui diferentes características de arrecadação. A OMS (2010) diz que habitualmente o dinheiro é recebido das famílias, organizações ou empresas, e por vezes de contribuintes de fora do país (designados —fontes externas). Os recursos podem ser coletados através de impostos genéricos ou específicos; contribuições para seguros de saúde obrigatórios ou voluntários; pagamentos diretos, como taxas de utentes e donativos.

Os fundos comuns decorrem da acumulação e gestão dos recursos financeiros para assegurar que o risco financeiro de ter de pagar pelos cuidados médicos é assumido por todos os membros do grupo e não só pelos indivíduos que ficam doentes. O objetivo principal do —fundo comum‖ é repartir o risco financeiro associado com a necessidade de recorrer a serviços de saúde. Se os fundos são partilhados, eles têm de ser pré-pagos, antes da ocorrência da doença – através de impostos e/ou seguros, por exemplo. A maioria dos sistemas de financiamento incluem uma componente de fundo comum financiado por pré-pagamento, combinada com pagamentos diretos individuais aos prestadores de serviços, por vezes designados de co-pagamentos. (OMS, 2010)

Já o processo de pagamentos para os serviços prestados na saúde possui três diferentes modos para serem obtidos. O primeiro deles é o financiamento direto através do governo. O segundo através de terceirização da mão de obra e o terceiro de forma privada/particular.

O quadro a seguir elucida as principais características das concepções dos modelos de cobertura universal e de sistema universal de saúde.

Quadro 1: Características e comparações dos sistemas universais de saúde.

Características	Sistema Universal
Concepção da Saúde	Saúde como direito Universal
Papel do Estado	Bem-estar social responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde.
Financiamento	Fundo público com receita de tributos (impostos gerais e contribuições para seguros sociais).
Ênfase nas reformas	Subsídios a ofertas para garantia de acesso equitativo.
Elegibilidade/ Titularidade	Acesso universal como condição de cidadania.
Eficiência do Sistema	Menores custos operacionais administrativos; R economia de escala; Menores gastos totais por n oferta
Desenho do sistema de serviços	
Abordagem da APS	Serviços organizados em rede, territorializados e orientados pela APS.

Continua.

Prestação	Serviços prestados Principalmente pelo setor setor público.
Cesta de Serviços	Abrangente (atenção integral) implícita
Integralidade	Integração entre cuidados individuais e ações de saúde pública, íntegra, promoção e prevenção do cuidado.
Determinantes Sociais de Saúde	Possibilidade de ação intersectorial facilitata.
Cidadão	Protagonista.
Cidadania	Plena.
Efeitos de Solidariedade	Abrangente.
Equidade	Garantia de acesso e uso aos serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades iguais Independente da capacidade de pagamento.
Ideologia	Social-democrata
Países alvo	Todos os países

Fonte: GIOVANELLA, Ligia; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

3 MÉTODO

Para a construção do presente estudo, foi realizada uma revisão integrativa que segundo Souza et, al (2010), é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Logo, foram percorridas as seguintes etapas para realização de tal método: 1ª Fase que consiste na elaboração da questão que norteará o estudo. 2ª Fase que realizam busca de amostragem com base nas literaturas. 3ª Fase será a coleta de dados. 4ª Fase consistirá na análise crítica dos estudos selecionados. 5ª Fase será a discussão dos resultados e a última e 6ª Fase consistirá na apresentação da revisão integrativa.

De modo com que guiará a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: De que forma os países que possuem sistemas universais de saúde lidam com o financiamento da saúde pública dando ênfase à população idosa?

Como fonte para o levantamento da produção científica foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e os seguintes bancos de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via PubMed, CVSP – Brasil, Coleciona SUS. Utilizaram-se como critérios de busca as terminologias nos Descritores em Ciência da Saúde (Decs) e no Medical Subject Headings (MeSH): *Saúde do Idoso; Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde*. A ampliação na escolha almeja a redução de possíveis vieses nos estudos e ampliação nos conteúdos nesta fase da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão para a seleção de estudos para tal fase da revisão interativa serão: artigos publicados em português, com os resumos indexados nas bases de dados selecionadas. Para o recorte temporal foi proposto um período de cinco anos (2014 a 2019). Serão selecionados apenas artigos originais em texto completo, dentro do recorte temporal de 5 anos e no idioma português. Serão excluídas dissertações, teses, revisões sistemáticas, estudos randomizados, relatos de experiências mesmo que retratem questões pertinentes à temática anteriormente mencionada os estudos que não atenderem os critérios de inclusão, que apresentarem-se em outro idioma que não seja português, que apresentarem-se em duplicata, estudos fora do recorte temporal, estudos que não possuam os métodos selecionados.

Para análise dos artigos incluídos/selecionados, ou seja, de todos aqueles que atenderam rigorosamente os critérios de inclusão, será construído um quadro especificamente para este fim que contemple: O título do artigo selecionado, nome dos autores do estudo, idioma, periódico que foi publicado, ano de publicação.

Nesta etapa de discussões dos resultados encontrados através dos estudos selecionados, as evidências serão feitas de forma descritiva na qual possibilitará o leitor realize a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa dando enfoque ao plano metodológico e atingindo o objetivo do estudo.

A última etapa consiste na elaboração da revisão integrativa, onde, com base nos estudos anteriormente selecionados e avaliados minuciosamente, permite com que o autor atinja seus objetivos. Assim, podendo contribuir de forma positiva e de qualidade com a ciência e com a saúde pública.

Não haverá necessidade de o estudo passar por avaliação do comitê de ética como preconiza a Resolução de Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, pois não entrevistará seres humanos.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para realização das análises foi utilizada a combinação de descritores: *Saúde do Idoso; Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde*. Foram encontrados 7.849 estudos, 3.526 em texto completo e após a inserção do recorte temporal de cinco anos (2014 a 2019), resultaram em 1.657 artigos. Destes foram selecionados apenas artigos originais e completos no idioma português resultando em 57 artigos para análise. Após a leitura dos resumos foram retirados artigos que não se aproximava da temática e artigos

que se apresentavam em duplicata, resultando em 19 artigos para a discussão e categorização dando origem as seguintes categorias:

Financiamentos de Sistemas Universais, planejamentos, estruturação e suas peculiaridades: Uma análise comparativa

O Relatório Mundial de Saúde de 2013 —Investigação para a cobertura universal de saúde¹ propôs que a pesquisa para a cobertura universal de saúde fosse adaptada para o contexto mais amplo da pesquisa de desenvolvimento. —A investigação irá desempenhar um papel não só no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), mas também no apoio à agenda de desenvolvimento pós-2015. [...] Como muitas mais perguntas podem ser feitas do que respondidas, é vital definir prioridades para a investigação¹.

Em Portugal Costa e Mourão (2015), apontam algumas evidências entre os interlocutores de que há necessidade de se criar novos equipamentos sociais para respostas que carecem de especificidade, por exemplo, na área de saúde mental e dos cuidados paliativos. Outros defendem que a diferenciação de cuidados só é possível se a rede contemplar um maior número de profissionais das diversas áreas (medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, serviço social, psicologia e nutrição, entre outras). Defende-se, em teoria, o aumento de profissionais, bem como da sua formação para garantir os padrões de qualidade definidos pela Comissão Europeia. Além disso, além de pensar na lógica de ampliação de programação e aumento da mão de obra multidisciplinar, o País da Europa em 2015 já tratava o assunto — transição demográfica — como um problema que iria se instalar futuramente.

Por outro lado, Giovanella e Almeida (2017), mostram que países da América do Sul, apesar da escassez de recurso financeiro comparado a Europa, estreita e executa diferentes arranjos entre os países da região que se relacionam aos modelos de atenção primária à saúde implementados, variando de transferências do nível central a programas específicos (Argentina, Equador, Guiana, Venezuela) às *per capita* segundo população municipal, como nos casos de Brasil e Chile. Diferente dos casos brasileiro e chileno, em países como Bolívia e Peru, há transferências *per capita* para os municípios, porém direcionadas aos seguros focalizados conforme número de segurados. Em outros países com maior grau de centralização, a execução financeira é realizada desde o nível central (Paraguai, Uruguai, Suriname). Diversos países aboliram o copagamento para os serviços de atenção primária à saúde. Colômbia, Bolívia, Chile e Uruguai mantêm copagamento

para algumas classes de segurados ou tipos de serviços. Ademais, no Peru e na Bolívia, há copagamento nos serviços públicos para a população não segurada, e, no Suriname, para medicamentos.

A organização da atenção primária à saúde também é diversa entre os 12 países da América do Sul. Em conformidade com os mecanismos de transferência financeira, alguns países apresentam gestão e organização da atenção primária à saúde pelos respectivos Ministérios da Saúde, outros também por operadoras de seguros focalizados. No Suriname e na Guiana, há presença importante de ONGs. Em geral, a atenção primária à saúde é prestada por centros e postos de saúde sob gestão municipal (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai, Peru, Venezuela) e/ou estadual (Argentina, Bolívia, Colômbia, Equador, Uruguai). (Giovanella e Almeida, 2017).

Já o Sistema de saúde Inglês, foi estruturado em etapas, sendo estabelecidos dois tipos de compradores:

- Autoridades Distritais de Saúde (*District Health Authorities – DHA*) e *General Practitioners Fundholders* (os GPs foram convidados a gerenciar orçamentos, passando a ser denominados *GP Fundholders – GP-FH*).
- O orçamento dos GPFH cobria a provisão dos serviços de atenção primária em si e também a compra de serviços na atenção secundária para as suas listas de pacientes (em média de 10 mil pessoas por grupo de GPs).
- As DHAs ficaram responsáveis por avaliar as necessidades de saúde das populações locais e adquirir a totalidade dos serviços hospitalares e comunitários para as populações ligadas aos GPs não-FH. Para os GP-FH, as DHAs ficaram responsáveis pela compra da parte dos serviços não contratualizada (80% dos serviços). Cobrindo populações de até 200 mil pessoas, as DHAs recebiam um orçamento de base populacional (per capita ajustado por necessidades).

Os hospitais e os serviços de saúde comunitários passaram a ser prestadores independentes, chamados de trusts, cujo financiamento dependia de contratos com as DHAs. Com o desenvolvimento do mercado interno nesses moldes, posteriormente, as DHAs foram substituídas pelas Autoridades de Saúde (*Health Authorities – HA*), que ficaram também responsáveis pela compra de serviços para os pacientes de GPs que não aderiram ao sistema defundholding. Este vem passando por grandes reformas em sua estruturação.

Desde que a Saúde Universal exige uma expansão dos serviços de saúde, onde a qualidade deve ser um imperativo, isto requer mecanismos que possam efetivamente monitorar para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, tanto tecnicamente como na dimensão interpessoal (15). A categoria referente a essa área representou 34% do total de tópicos/questões de pesquisa, demonstrando alguma preocupação pelos especialistas no que diz respeito à organização e estrutura dos sistemas de saúde (CASSIANI et. al, 2015).

Sistema Único de Saúde: Otimismo ou Esperança?

O Brasil é reconhecido internacionalmente por suas ações para o desenvolvimento da atenção primária à saúde (APS) no nível local, porém poucos estudos tratam da implantação da APS em escala nacional. Com o objetivo de contribuir para a compreensão da experiência nacional, este artigo analisa o desenvolvimento da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) nas metrópoles brasileiras. (COSTA, 2015)

Ser sistêmico, único e descentralizado do ponto de vista político, exige aglutinação regional para garantir que o cidadão de um município de pequeno porte possa ver satisfeita a sua necessidade de saúde em rede articulada, regionalizada, contínua e delimitada em espaço regional. (SANTOS, 2018)

O Decreto no 7.508 regulamentou a Lei no 8.080/1990 e dispôs sobre: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, entre outros aspectos, colocando a rede de saúde como ponto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência. É inegável que tal decreto trouxe impactos relevantes no tocante às normativas referentes à atenção básica, uma vez que esta é assumida como elemento central para o alcance dos princípios e das diretrizes do sistema. (DOMINGOS et. al, 2016)

Para Paim (2018), predomínio da doutrina do neoliberalismo justamente no período de implantação do SUS, com as limitações do *Welfare State* nos países europeus e a crise econômica de 2008, representam um sério obstáculo para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde. Do mesmo modo, a proposta político-ideológica da Cobertura Universal em Saúde, patrocinada por organismos internacionais, só faz reforçar tal doutrina e fragilizar os valores civilizatórios do SUS.

Além disso, o autor Paim (2018) afirma que mesmo com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Prevalece, assim, um boicote passiva

através do subfinanciamento público e ganha força um boicote ativo, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação.

Santos (2018) elucida que os maiores impasses ao longo desses anos foram o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente que se retroalimentam, uma colocando a culpa na outra quando ambas são o resultado da falta de compromisso público com a saúde, o modelo patrimonialista e burocrata do Estado que acredita em carimbos e tráfego de papéis. O financiamento não se resolverá sem uma reforma tributária que altere o modelo centralista da Federação, com impostos progressivos e outras políticas de subfinanciamento data do advento da Constituição em 1988. Para não discorrer sobre todos os seus eventos, que nunca se deu ao acaso, sendo deliberado para asfixiar pela rota financeira, direitos constitucionais, talvez possamos apontar os cinco principais, os que mais complicaram o financiamento da saúde pública:

- a) A DRU que se iniciou com o Fundo Social de Emergência em 1993, retirando recursos da saúde que hoje estão em 30% o volume de permissão de seu contingenciamento;
- b) a vinculação de boa parte das contribuições sociais pela EC 20, em 1988 para a previdência social;
- c) a conversão da URV em Real com perda de 20% dos recursos originais;
- d) a retirada de 40% dos valores adicionais da CPMF e depois a sua extinção; a EC 95, de 2016. Outros houve e foram bastante prejudiciais ao financiamento da saúde, levando a um gasto público de 4% do PIB, enquanto o nível praticado pelos países com saúde de acesso universal tem sido de 7%, minimamente.

Assim, os gastos em saúde, previdência, ou qualquer outro do governo, deveriam ser orientados pelos seus impactos econômicos e sociais. Do ponto de vista econômico os gastos em saúde são aqueles que produzem impactos mais positivos no PIB:

O efeito multiplicador do gasto com saúde no país foi calculado em 1,7, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70 (Abrahão, Mostafa e Herculano, 2011). Segundo Stuckler e Basu (2013), em estudo que analisou dados de 25 países europeus, dos Estados Unidos e do Japão, a educação e a saúde têm os maiores multiplicadores fiscais, que são superiores a três¹⁹ (NORONHA et. al, 2018, grifos do autor).

A necessidade de melhorar a efetividade das políticas públicas permanece, portanto, na agenda pública. A apreciação do padrão de desenvolvimentos das políticas públicas

oriundas da democratização é crucial para a efetividade das escolhas dos agentes públicos no longo prazo. O desenvolvimento de pesquisas independentes pode, efetivamente, subsidiar as decisões do Ministério da Saúde e a agenda de prioridades do SUS (COSTA, 2015)

No contexto brasileiro de profundas desigualdades, a universalização da ESF pode ser uma política com impacto distributivo importante considerando, sobretudo, os mecanismos diretos e indiretos presentes na associação entre renda e saúde. (ANDRADE et. al, 2014)

Entretanto, contudo, o SUS, que atende diretamente 150 milhões de pessoas e indiretamente 207 milhões, é um conjunto de ações e serviços do qual a sociedade não pode abdicar porque fora dele só há saúde paga, vendida no mercado como mercadoria para os poucos que podem pagar, isso sem falar nas inúmeras ações de cunho preventivo e de promoção da saúde. Sem SUS, é barbárie sanitária (SANTOS, 2018).

4 CONCLUSÃO

Pôde-se notar com o resultado trazido pelas discussões da presente pesquisa, que a Organização Mundial de Saúde (ONU) segundo suas prerrogativas legais expõe sobre os direitos de saúde da pessoa idosa e em caso de descumprimento suas penalidades legais. No entanto, apesar das propostas concretizadas a respeito das prioridades assistenciais estreitadas no momento da proposta de sistematização do cuidado universal dos sistemas mundiais de saúde, a saúde da população idosa permanecia oculta nos debates apesar de seus direitos prioritários, como a saúde da gestante e parturiente que teve foco diante aos debates. Nota-se as peculiaridades do financiamento de cada sistema de saúde mundial, porém, nestes resultados, o único sistema que garante acesso integral ao paciente, nitidamente é o Sistema Único de Saúde, porém, também se apresenta deficitário ao abordar a saúde da população idosa. Conclui-se que o SUS traz, apenas, direitos a saúde do idoso, através da Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família abordando-os nos programas de doenças e suas cronicidades.

O autor almeja que o resultado desses estudos sirva como apoio para novas pesquisas sobre a temática. Almeja-se que não apenas os pesquisadores são incentivados a consultar essa lista de prioridades, mas também líderes de ministérios de saúde, saúde pública e agências de fomento podem usar essa lista para a tomada de decisão sobre o financiamento de sistemas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; ROCHA, Thiago Augusto Hernandez; DA SILVA, Nubia Cristina; CALAZANS, Júlia Almeida; SOUZA, Michelle Nepomuceno; DE CARVALHO, Lucas Resende; SOUZA, Aline. *Equity in coverage by the Family Health Strategy in Minas Gerais State, Brazil*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2015.

ARAÚJO, Carmen Emmanuely Leitão; GONÇALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. *Brazilian municipalities and their own expenditures on health: some associations*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017.

BEZERRA, Clares Jorge Wilker; DE FREITA, Maria Célia; DE ALMEIDA, Paulo César; DE GALIZA, Francisca Tereza; QUEIROZ, Terezinha Almeida. *Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE* Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza- Brasil, 2011.

CASSIANI, Silva Helena de Bortoli; BASSALOBRE-GARCIA, Alessandra; REVEIZ, Ludovic. *Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo, 2015.

COSTA, Nilson do Rosário. *The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2016.

DA COSTA, Jorge Lopes; MOURÃO, Vitória. *The risk perspective in Portugal's National Network for Integrated continuous Care (RNCCI): an evaluation by health experts and decision-makers*. Saúde Soc. São Paulo, 2015.

DE ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes, DO NASCIMENTO, Dmitri Félix; PEREIRA, Angela Maria. *Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

DE MORAIS, Heloisa Maria Mendonça; DE ALBUQUERQUE, Maria de Socorro Veloso; DE OLIVEIRA, Raquel Santos; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; DA SILVA, Nadine Anita Fonseca. *Social Healthcare Organizations: a phenomenological expression of healthcare privatization in Brazil*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2018.

DE NORONHA, José de Carvalho; DE NORONHA, Gustavo Souto; PEREIRA, Telma Ruth; COSTA, Ana Maria. *The future of the Brazilian Health System: a short review of its pathways towards an uncertain and discouraging horizon*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

DE SOUZA, Marcela Tavares; DA SILVA, Michelly Dias; DE CARVALHO, Rachel. *Revisão integrativa: o que é e como fazer* – Einstein. São Paulo, 2010.

DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; MENDONÇA, Fernanda de Freitas. *Legislation on*

primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2016.

DOS SANTOS, Adriano Maia; GIOVANELLA, Ligia. *Regional governance: strategies and disputes in health region management.* Rev Saúde Pública. Bahia, 2014.

FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia; KONDER, Mariana; POLLOCK, Allyson M. *“Liberalizing” the English National Health Service: background and risks to healthcare entitlement.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. *Development, Innovation and Health: the theoretical and political perspective of the Health Economic-Industrial Complex.* Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONZA- RUIZ Adriana; PILAR, Aline de Carvalho Amand; DA ROSA, Matheus Catanhêde; MARTINS, Gabrieli Branco; SANTOS, Isabela Soares; SILVA, Danelli Barata; VIEIRA, Jean Mendes de Lucena; DE CASTRO, Valeria Cristina Gomes; DA SILVA, Priscilla Oliveira; MACHADO, Cristiani Vieira. *Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies* - Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; DE ALMEIDA, Paty Fidelys. *Comprehensive primary care and segmented health systems in South America.* Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2017.

MACHADO, Cristiani Vieira. *Health Policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges.* Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.* Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).* Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.* Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).* Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde.* Brasília, 2018.

NETTO, Matheus Papaléo; YUASO, Denise Rodrigues; KITADAI, Fabio Takashi. *O MUNDO DA SAÚDE. Longevidade: desafio no terceiro milênio.* São Paulo, 2005.

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Brasília, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Revisão do regulamento sanitário internacional, Documento A58/4*. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Financiamento do Sistema Universal de saúde. O caminho para a cobertura universal*. Relatório Mundial da Saúde, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. *Thirty years of the Unified Health System (SUS)*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

PERLINGEIRO, Ricardo. *Healthcare for the elderly: between the budget constraints and the right to an existential minimum*. R. Dir. sanit. São Paulo, 2014.

SANCHO, Leyla Gomes; GEREMIA, Daniela Savi; DAIN, Sulamis; GEREMIA, Fabiano; LEÃO, Cláudio José Silva. *The health regionalization process from the perspective of the transaction cost theory*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, Lenir. *The first 30 years of the SUS: an uncomfortable balance?* Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; COSTA, Karen Sarmento. *Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2018.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; SANTOS, Isabela Soares. *Analysis of the progressivity of Brazilian Unified National Health System (SUS) financing*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

URSI, Elisabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. *PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA*. Rev Latino-am Enfermagem – São Paulo, 2006.