UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

ANTONIO RELDISMAR DE ANDRADE

UM ROMANCE REALISTA SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE AUSTERIDADE FISCAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Recife
2019

ANTONIO RELDISMAR DE ANDRADE

UM ROMANCE REALISTA SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE AUSTERIDADE FISCAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Profª. Drª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Recife

2019

Catalogação na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A553r Andrade, Antonio Reldismar de
Um romance realista sobre universidade e equidade nos sistemas de saúde em tempos de austeridade fiscal: uma revisão integrativa de literatura / Antonio Reldismar de Andrade. - 2019.
48 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2019.
Inclui referências e anexos.

1. Sistema de saúde. 2. Direito à saúde. 3. Financiamento da saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 001)

ANTONIO RELDISMAR DE ANDRADE

UM ROMANCE REALISTA SOBRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE AUSTERIDADE FISCAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 26/ 12/ 2019

BANCA EXAMINADORA

_____

Profº. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profº. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profº. Dr. Rogério Fabiano Gonçalves(Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco

Dedico essa obra a sagacidade de uma senhora do interior (alto sertão) do estado da Paraíba, conhecida por "Dona Ata", oficialmente Maria da Conceição.

AGRADECIMENTOS

O ato de agradecer é o reconhecimento verdadeiro que não somos nada sem o outro, sem o próximo, em síntese, em cada um de nós há um coletivo. São poucos ou inexistentes os caminhos que se trilham com o pronome pessoal "eu", sou o conjunto de vários conjuntos de pessoas que foram necessárias para chegarmos até aqui.

Pois bem, eu me chamo Antonio e sou uma construção ativa e em movimento, uma obra em evolução, construída por mãos e vidas. Cito aqui pessoas próximas importantes nessa evolução: Maria Elisa (filha), Paulyanne Mayara (esposa), Maria Batista (mãe), Raimundo de Andrade (pai), Josefa Ramos (irmã), Francisco Rarismar (irmão), Antonio Ronismar (irmão), Raimundo Rubismar (irmão), João Rildamar (irmão), José Ronilmar (irmão), Pedro Rubsomar (irmão), Maria Clara (irmã), Dona Rosangela (sogra), Dona Elisa (avó), Roseane (tia), Romero (tio), Rômulo (tio), Cid (tio), Eliane (amiga).

No entanto, caso fosse eu, uma construção evolutiva apenas daquelas pessoas citadas acima, estaria próximo de um vazio, pois tantas outras já passaram por mim, tantas outras me ensinaram algo, tantas outras já me deram acesso a portas, janelas, "brechas", "goteiras", "emendas", livros, histórias, eventos, colegiados, artes, ciências, estudos, alegrias, tristezas, vitórias, derrotas, e ainda serão tantas as vivências.

Mas, não teria eu o direito e o dever de citar as vidas que tive a oportunidade de conhecer, devido ao propósito do mestrado?

Claro, agradeço ao exemplo de profissionalismo e humanidade, a Sra. Professora Adriana Falangola, ao coordenador e professor Moacyr Jesus Barreto de melo Rêgo, a nossa sempre amigável Tunísia, a qual cito em nome de todos e todas que fazem o Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

É válido também, lembrarmos do Departamento de Economia da Saúde, Desenvolvimento e Investimento - DESID, do Ministério da Saúde que financiam o Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde - PPGGES/UFPE.

Agradeço a George Dimech e a Yluska Reis, os quais cito em nome de todas e todos que fazem a Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde do estado de Pernambuco.

Agradeço a cada um dos amigos e amigas que construí na turma do mestrado, onde gostaria de citar todos os nomes com pitadas de humor, mas a formalidade não me permite.

Então, encerro estes agradecimentos com o sorriso no rosto, os olhos brilhando, o perfume natural da minha filha e o olhar feliz da minha esposa.

ANDRADE, AR. **Um romance realista sobre universalidade e equidade nos Sistemas de saúde em tempos de austeridade fiscal: Uma revisão integrativa de literatura.** 2019. 51f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

A Crise econômica que ainda assola o Brasil e o mundo, e os remédios de combate têm deixado estragos profundos nas constituições cidadãs de países da Europa Ocidental e no Brasil. A escolha por políticas de austeridade fiscal, com forte redução dos investimentos em políticas sociais, tem prejudicado ainda mais as pessoas vulneráveis da sociedade. A remoção e/ou restrição dos direitos dos cidadãos nas diversas políticas sociais e, especialmente, no que diz respeito aos sistemas de saúde de caráter universal e equânime tem demonstrado a piora dos indicadores de saúde. O Sistema Único de Saúde – SUS tem em seus pilares fundamentais os princípios operativos da universalidade e da equidade, no entanto, desde sua criação ambos não se consolidaram e um dos fatores que provocam o entrave para essa não consolidação, é o subfinanciamento nas três esferas de governo. Como objeto de nossa pesquisa, buscou-se saber quais os efeitos do emprego da política governamental de austeridade fiscal para os princípios de universalidade e equidade no SUS. Como método, optamos pela revisão integrativa de literatura, onde foram consideradas 11 produções científicas, publicadas no período de abrangência de 2008 a 2018, nas bases de dados Portal Regional da BVS e Scielo Saúde Pública para a revisão, foi então utilizado o instrumento para classificação hierárquica das evidências e os níveis de evidências foram V e VI. Concluímos que os países com sistemas de saúde universais que passaram e foram atingidos pela crise econômica, buscaram o equilíbrio fiscal em duras reformas econômicas que mudaram as bases desses sistemas, reduziram suas capacidades de universalidade do sistema e aprofundaram as desigualdades sociais, correndo em lado oposto aos princípio da equidade. Essa escolha demonstra ser de alto impacto negativo para a saúde pública e coletiva da população desses países com o aparecimento e o retorno de doenças emergentes e reemergentes, respectivamente. Outras evidências são a redução do acesso a bens, benefícios e serviços de saúde, o aumento dos gastos privados das famílias com saúde, pois com a redução dos investimentos, leva à redução da infraestrutura da saúde, a privatização de serviços, a venda de hospitais, a redução de trabalhadores e outros recursos de saúde.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Direito à Saúde. Financiamento da Saúde.

ANDRADE, AR. **A realistc novel about universality and equity in health sistems in times of fiscal austerity: an integrative literature review.** 2019, 51f. Dissertation (Master). Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

ABSTRACT

The economic crisis that still plagues Brazil and the world, and combat remedies suffer profound damage to the constitutions of citizens of Western Europe and Brazil. The choice of fiscal austerity policies, with a sharp reduction in investments in social policies, has further harmed vulnerable people in society. The removal and / or restriction of copyright from various social policies, and especially with regard to universal health systems and the equivalent of demonstrating the worst health indicators. The Unified Health System - SUS has in its fundamental pillars the operational principles of universality and equity, however, since its inception they are not consolidated and one of the factors that cause or drag by non-use is the underfunding in the three variables. government. As an object of our research, you can know what are the effects of employment on the government policy of fiscal austerity for principles of universality and equality in the SUS. As a method, we opted for the integrative literature review, which were 11 scientific products, recorded from 2008 to 2018, in the databases of the BVS Regional Portal and Scielo Public Public Health for review, the hierarchical classification method was used. alterations of and the wear levels were V and VI. Conclude countries with universal health systems that are hit by the economic crisis, seek or balance tax taxes during economic economies that change as bases of these systems, diminish their vestments of system universality, and improve as social inequalities, running on opposite sides to the principle. of equity. This choice demonstrates a high negative impact on public and collective health of the population of these countries with emergence and return of emerging and reemerging diseases, respectively. Other losses are reduced access to health goods, benefits and services, or increased private household spending on health, with reduced investments, leading to reduced health infrastructure, privatization of services, sale of hospitals, a reduction in workers and other health resources.

Keywords: Health Systems. Right to Health. Health Financing.

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CASP	Programa de Habilidades de Avaliação Crítica
CCG’s	Clinical Commissioning Groups
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBES	Estado de Bem-Estar Social
EC	Emenda Constitucional
FMI	Fundo Monetário Internacional
GKV	Seguro de Saúde Estatutário Alemão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NHS	Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCT’s	Primary Care Trusts
PEC	Projeto de Emenda a Constituição
PHRU	Public Health Resource Unit
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SNS	Sistema Nacional de Saúde da Espanha
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	11
2	**OBJETIVOS**	15
2.1	**Geral**	15
2.2	**Específico s**	15
3	**REVISÃO DE LITERATURA**	16
3.1	**Universalidade: contexto histórico e desafios**	16
3.2	**A operacionalização da equidade em tempos de austeridade fiscal.**	19
4	**MÉTODO**	23
5	**RESULTADOS**	26
5.1	**Um território que sofre na América Latina: evidências Brasil**	30
5.2	**O retrocesso da Europa Ocidental: evidências Europa**	32
6	**DISCUSSÃO**	36
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	40
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXO A INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO DOS ARTIGOS SELECIONADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	46
	ANEXO B INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DAS VIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA	48

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, ele foi incorporado como o “direito” à assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava somente a parcela da população que contribuía para a previdência social e privava a maioria da população ao acesso às ações de saúde, restando a elas a assistência prestada por entidades filantrópicas (BRASIL,2007).

Foi então, que na década de 70 o movimento da reforma sanitária deu início as suas primeiras articulações, pautadopelo princípio de “saúde para todos e dever do estado”. Seu apogeu se deu com a realização em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que posteriormente teve suas principais resoluções confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 2007).

Para Vieira et al. (2018), quanto aos direitos e as políticas sociais empregadas num país, identificaram que podem ser de diferentes formas, igualitária ou restrita, ou seja abrangendo todos cidadãos e cidadãs ou para grupos populacionais. Tais escolhas tem origens nos valores que permeiam a sociedade.

Podendo então afirmar que o Estado mais democrático e permeável, fundamentado no princípio de cidadania é conhecido como Estado de Bem-Estar Social (EBES) (Vieira et al., 2018).

Há tempos o mundo vem discutindo instrumentos e modelos de enfrentamentos aos ciclos de crises econômicas e desde as primeiras décadas do século XX, a escolha da estratégia de enfrentamento tem colocado em lados opostos os defensores de políticas públicas universais que querem produzir crescimento econômico por meio do aumento do gasto público e os defensores de políticas públicas restritas que querem a redução do gasto público para produzir equilíbrio fiscal.

Vigora entre gestores, estudiosos e os governos pós ditadura militar no Brasil, o discurso da necessidade urgente de tornar eficiente o estado e suas políticas públicas, especialmente o sistema de saúde brasileiro. Tais posturas tem relação com o advento do emprego do ajuste fiscal para o equilíbrio das contas públicas nos países da América Latina, com o objetivo de enfrentar as crises econômicas e o pagamento da dívida externa.

No final da década de 80, o economista John Williamson, escreveu o artigo intitulado “What Washington Means by Policy Reform” (O que Washington quer dizer por reforma política), que determinava uma série de medidas (reformas) a serem seguidas pelos países latinoamericanos em troca de empréstimos do Fundo Monetário Internacional - FMI e do Banco Mundial. No mesmo artigo John Williamson, refere que as 10 medidas ali defendidas poderiam ser denominadas de “Consenso de Washington”. Tais medidas se situavam nas seguintes ações: controle do déficit fiscal, prioridade da despesa pública, reforma tributária, taxa de juros, taxa de câmbio, política comercial, investimento estrangeiro direto, privatizações, desregulamentação e o direito à propriedade (Williamson, 1990).

As ideias do “Consenso de Washington” têm seus fundamentos em HAYEK (1944), informadas em seu livro “O caminho da servidão” e em FRIEDMAN (1980) e seu livro “Livre para Escolher”, que foram os precursores das ideias do novo liberalismo ou neoliberalismo.

Para Hayek (1944) e Friedman (1980), as escolhas individuais devem ser soberanas, ou seja, os indivíduos deveriam ser livres para escolher e não o Estado intervir nessas escolhas, para eles o Estado detentor de grandes poderes retirava esse direito do indivíduo e ao mesmo tempo esse mesmo Estado impedia a eficiência do mercado. Hayek (1944) tinha suas críticas voltadas aos governos totalitários, como o nazismo, fascismo e stalinismo. Já Friedman (1980) voltava suas críticas ao Estado de Bem Estar Social vigente após a II Guerra Mundial.

Seguindo o caminho contrário e tendo como pano de fundo o Estado de Bem-Estar Social europeu e o Estado de direitos, o Brasil no final da década

de 80 estava abrindo caminho para a consolidação do direito à saúde para todos e o dever do Estado em fornecê-la.

A partir da consolidação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, o Brasil vem tendo altos e baixos na busca da afirmação da saúde universal, integral e equânime. Tais ciclos de avanços e enfraquecimentos da política de saúde estão intimamente relacionados aos ciclos de crise econômica que atingem o país. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS (2017), durante as crises econômicas evidencia-se uma diminuição dos fatores protetores e um aumento dos fatores de risco para saúde da população. Fatores esses determinados por circunstâncias da vida diária - as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, mais os fatores estruturais dessas condições (distribuição de poder, dinheiro e recursos) conhecidas por determinantes sociais da saúde.

Junto as crises econômicas há sempre medidas de contenção, que se fundamentam em reformas do Estado com ênfase no equilíbrio fiscal e na redução de suas ações e controles.

Trazendo para os dias atuais, Vieira et al.,(2018) referem que o recrudescimento generalizado das políticas neoliberais, com a aplicação das medidas de redução de despesas com o objetivo de tornar o Estado eficiente em suas ações, junto com o aumento de impostos, têm piorado a vida de milhares de pessoas nos países que seguiram a receita neoliberal, exigindo do Estado e da sociedade o sacrifício de reduzir investimentos em políticas públicas em detrimento dos lucros e dividendos do capital.

Nesse sentido, Vieira et al., (2018, p.2305):

> caracterizam os momentos de austeridade fiscal como escolhas de governos que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária, seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais.

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS) podemos dizer que ainda não conseguimos atingir os princípios da universalização, equidade e integralidade e um dos entraves para esse avanço é o subfinanciamento e a alocação inadequada dos recursos, ambos têm sido temas recorrentes desde da criação do SUS, pois os recursos alocados pelas três esferas de governo

ainda são considerados insuficientes para garantir o acesso à ações e serviços de saúde, na forma prevista na Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas do SUS(Servo et al.,2011).

Segundo Piola et al., (2013), os registros dos percentuais investidos pelo governo federal vêm apresentando uma redução gradual (59,8% em 2000 para 44,7% em 2011) no financiamento do SUS. Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95,que estabelece o teto de gastos para as despesas primárias do governo federal e a proposta de emenda constitucional (PEC), chamada de "PEC do pacto federativo", que propõe a desvinculação de receitas e despesas do orçamento da União, como também a queda na arrecadação de União, de estados e municípios e o emprego de políticas de austeridade, é previsível que se acentue ainda mais a restrição do acesso à saúde pela população brasileira.

Diante do que foi exposto e com o objetivo de fortalecer a busca de um entendimento mais profundo sobre as causas fundamentais que podem dirimir o bom funcionamento do SUS e de seus princípios, o Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, tem a preocupação de formar profissionais e produzir conhecimento com a perspectiva de um desenvolvimento econômico e social que garanta a democratização do acesso universal, integral e equânime aos cuidados de saúde humanizados e de qualidade.

Logo, nosso objetivo é buscar, quais os efeitos do emprego de políticas de austeridade fiscal que restringem bens, benefícios e serviços para os princípios de equidade e universalidade nos sistemas de saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar os impactos da política econômica de austeridade fiscal para com os princípios da universalidade e da equidade nos sistemas de saúde .

2.2 Objetivos específicos

- Situar os princípios de universalidade e equidade no cenário de políticas de austeridade fiscal;
- Discutir as contradições entre a política econômica de austeridade fiscal e o sistema público de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Universalidade: contexto histórico e desafios

A adoção do direito à universalidade das ações e serviços de saúde deve ser pensada a partir da construção do Estado democrático de direitos. Isso porque a universalidade constitui um princípio desse Estado, que garante a cobertura dos riscos sociais de sua população. No mundo, esse princípio teve sua expressão maior no Welfare State, resultado de um longo processo de construção (Marques e Mendes, 2007).

Para Marques e Mendes (2007), a universalização da cobertura implicou na superação da proteção social voltada para os trabalhadores assalariados e urbanos e na eleição da cidadania como princípio para a concessão dos direitos. Uma das consequências dessa profunda modificação foi o uso, cada vez mais significativo, das receitas fiscais no interior de sistemas basicamente dependentes das contribuições sobre a folha salarial. A garantia de renda e serviços, independentemente da capacidade de contribuição do beneficiário e a participação de recursos públicos no financiamento dos sistemas de proteção tornaram difusa a separação entre proteção e seguro social.

No Brasil, foi a partir da Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do país, que se estabeleceu garantias fundamentais a todo cidadão, institucionalizando seus direitos. É nela que se encontra a base do sistema de saúde brasileiro (Noronha e Pereira, 2013).

Em seu Título VIII da Ordem Social a Constituição Federal de 1988 conceitua sob a denominação de Seguridade Social, o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social como expresso no art. 194 (BRASIL, 1988).

A universalidade da saúde evidenciada no artigo 194 é reforçada no art. 196, quando explicita a garantia do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Com a universalidade, o sistema de saúde brasileiro prescreve o rompimento do padrão anterior de políticas públicas segmentadas, para que se torne público, universal, e igualitário, e se realize como uma política inclusiva e de busca da redução das desigualdades sociais.

Giovanella et al. (2018), refere que 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).

Foram dois modelos clássicos de universalização da saúde empregados nos países europeus, o seguro social de tipo bismarckiano, financiado com base em contribuições sociais obrigatórias dos empregados e empregadores e afiliação a depender da participação no mercado de trabalho; e o modelo beveridgiano de serviço nacional de saúde, de acesso universal fundado na cidadania e financiado com recursos fiscais com predomínio de prestadores públicos (Giovanella et al. 2018).

Segundo Boyle (2011), o 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

No entanto, a concepção da universalidade e financiamento da saúde tem mudado com o tempo, como refere Giovanellaet al. (2018):

> “são notadas mudanças dos conceitos e abordagens relacionados com o financiamento em saúde em documentos oficiais da OMS. No Relatório

> Mundial de Saúde 2008, o nível da universalidade dizia respeito à proporção de despesas cobertas por fundos públicos e o caminho para universalidade seria reduzir a participação dos usuários nas despesas por meio da ampliação de gastos públicos. Em documentos posteriores o indicador chave “proporção de gasto público em saúde” foi substituído por expressões como fundos compartilhados, fundos comuns correntes, recursos captados até o momento e mecanismos de cobertura(Giovanella et al., 2018,p. 1765).”

O processo de implementação do SUS tem sido discutido quanto a capacidade em prover adequadamente bens e serviços de saúde de forma integral e universal. O déficit de qualidade de parte dos serviços prestados é consenso entre acadêmicos, técnicos e gestores, no entanto, a polêmica não se restringe apenas à insuficiência de recursos e a má gestão. O debate atual inclui a extensão e profundidade em que se deu a reforma do sistema de saúde no Brasil e a sua sustentabilidade financeira, trazendo para a pauta a discussão entre o que cabe aos setores públicos e privados na provisão de bens e serviços de saúde (Paim e Almeida-Filho, 2014).

A efetivação do direito à saúde depende, portanto, de suas próprias bases e, também de seus determinantes políticos, econômicos e sociais, o que evidencia sua interface com a busca pela justiça social. Essa perspectiva de análise fundamenta-se no pressuposto de que os sistemas de saúde fazem parte da dinâmica de uma sociedade, podendo influenciá-la e serem influenciados por ela. Assim, os resultados dos sistemas resultam na concepção de saúde dominante, sendo que a efetivação do direito à saúde “será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo” (d’ Ávila e Saliba, 2017).

É válido mencionar que, segundo Paim (2018) em termos ideológicos, os valores dominantes na sociedade brasileira atual tendem mais para a diferenciação, o individualismo e a distinção do que para a solidariedade, a coletividade e a igualdade.

Para Cueto (2015), no âmbito internacional, a concepção de cobertura universal moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, congrega um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde, ou seja, o financiamento público perde

importância e a estratégia passa a ser a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros subsidiados para pobres(subsídio à demanda), logo a ampliação do financiamento público deixa ser um dos pilares em busca da cobertura universal.

Nesse sentido, Paim (2018) reforça que:

> o 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 (PAIM, 2018 p.1725).

Sestelo (2017), refere que a atual articulação público-privada exibe novas facetas, sob a forma de financeirização da saúde vinculada à dominância financeira. Em pesquisas recentes Monteiro (2016) e Sestelo (2017) dão conta da complexidade dessa nova fase da articulação público-privada, com a venda de empresas, seus ativos e carteiras de clientes, aprofundando a intermediação entre prestadores e consumidores, assim como novas relações entre aparelhos do Estado e o capital financeiro (inclusive internacional). Essa determinação econômica representa a maior ameaça à consolidação do SUS.

Marques e Mendes (2007), em estudo anterior identificaram que o domínio do capital portador de juros teve grande impacto sobre o arranjo de proteção social, os ataques e os questionamentos intensificam durante as crises econômicas, não sendo poucos os países que introduziram dispositivos que dificultam o acesso à aposentadoria, aumentaram a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde e limitaram a lista de medicamentos gratuitos, entre outros.

3.2 A operacionalização da equidade em tempos de austeridade fiscal.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um bem público e para os economistas, como Mankiw (2013), bens públicos tem como premissa a não

exclusão e a não rivalidade entre seus usuários, gerando assim uma ampla externalidade positiva para a sociedade e, por isso, revela-se uma das funções governamentais básicas.

Essa função pública é alvo de intensas discussões políticas, sociais e acadêmicas que têm, como enfoque, a quantidade de recursos que seria necessária para que haja melhorias na qualidade de vida da população brasileira, tendo em vista que, muitas vezes, os recursos disponibilizados são considerados insuficientes e o sistema de saúde de um modo geral ineficiente (Portulhak, Raffaelli e Scarpin, 2018).

Com o objetivo de fortalecer o compromisso com o estado de bem estar social e contrapondo-se ao estado restritivo de direitos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, por meio da Carta de Ottawa, definiu políticas e metas para atingirmos “Saúde para Todos” no ano 2000 e nos anos subsequentes. Sendo o termo equidade em saúde usado como um fundamento importante para a promoção da saúde.

Segundo Albrecht, Rosa e Bordin (2017), a equidade constitui um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), embora o termo não conste nos principais dispositivos legais que o regulamentam: a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080 de 1990.

O conceito de equidade em saúde é apresentado pela primeira vez após a criação do SUS no texto de uma cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 1990), em que seu conceito estava relacionado à igualdade dos cidadãos perante as ações e serviços do SUS. Na década seguinte, observa-se a influência das contribuições de Whitehead (1992), onde o enfoque na igualdade dos cidadãos é substituído pela ênfase na redução das disparidades sociais e regionais existentes do país (Albrecht, Rosa, Bordin, 2017).

Para Barros e Sousa (2016), a equidade poderia então ser uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos, no entanto, na vida em sociedade, sobretudo no modo capitalista, coexistem situações de abundância e de miséria, o que determina a existência de desigualdades absolutas e relativas. As primeiras relacionadas à significativa

diferença de renda entre pessoas ou entre grupos sociais; a segunda, associando a essa dimensão as demais condições de vida.

Numa visão mais ética e social, Sen (2000) diz que para responder às necessidades e privações da população, torna-se importante a criação de oportunidades sociais, que são intervenções realizadas nos campos da saúde, da educação, da seguridade e em outros campos sociais, influenciando a expansão das capacidades humanas e da qualidade de vida e a liberdade do indivíduo de viver melhor, livres da fome involuntária, da morbidez evitável e da morte prematura, além de participar mais efetivamente de atividades econômicas e políticas.

Para Albrecht, Rosa e Bordin (2017) apud Whitehead (1992), a questão da injustiça se relaciona com o nível de escolha envolvido: existem pessoas que possuem pouca ou nenhuma escolha sobre as condições de vida e de trabalho, resultando em disparidades em saúde. A equidade exige que, idealmente, as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial, caso essa situação possa ser evitada. As políticas deveriam reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos.

Corroborando com essa mesma visão, Sen (2001) refere que com a promoção da justiça, os indivíduos desempenham papel primordial, à medida que apresentam capacidades diferentes de buscar seus objetivos. Diminuir as desigualdades significa considerar que existe uma diversidade de características internas (idade, sexo, propensão a doenças etc.) e externas (patrimônios disponíveis, ambientes sociais etc.) que interferem na capacidade dos indivíduos de realizarem funcionamentos (estados e ações) que, por sua vez, constituem a sua liberdade para alcançar objetivos que consideram valiosos.

Mendes & Marques, (2003) e Mendes et al.(2011) destacam que as formas de financiamento das políticas públicas implementadas ao longo da história do Brasil podem levar à concentração desordenada e à desarticulação entre os serviços, agravadas pelas diversidades socioculturais, desigualdade

socioeconômica e singularidade epidemiológica que distinguem as regiões brasileiras. Além do mais, o prevalecimento do comportamento histórico da alocação de recursos pautada na produção, e não nas necessidades, contribui para a manutenção das distribuições não equitativas dos recursos da saúde no Brasil. Tal lógica impede que o princípio da equidade se concretize, visto que não obedece a necessidade expressa pela população.

Reforçando essa visão, Malik (2001) evidencia que a disponibilidade de recursos não acompanha o crescimento tecnológico, obrigando à implantação de algum tipo de racionalização nessa oferta, com definição de prioridades. No SUS existe ainda outro problema quanto às questões éticas nessa relação da oferta, ao apontar para práticas indutoras ou restritivas de oferta. Tal perspectiva de análise remete ao princípio da equidade, que se defronta com os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, em que as questões econômicas se irradiam a partir da noção da escassez de recursos para a satisfação das necessidades e qualquer sistema que se proponha a garantir acesso universal ao cuidado necessita de algum tipo de racionalização, aumentando, assim, a distância entre a demanda pelo acesso às inovações tecnológicas e a capacidade de gasto.

Nesse sentido a equidade em saúde, então, deve ter o enfoque em como a saúde se relaciona com outras características por meio da distribuição de recursos e acordos sociais. Como um conceito multidimensional, a equidade em saúde inclui: aspectos que dizem respeito a alcançar uma boa saúde e a possibilidade de alcançar uma boa saúde (e não apenas com a distribuição da atenção sanitária); promover a justiça nos processos prestando atenção na ausência da discriminação da prestação da assistência sanitária; integração entre as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social e da equidade global (Sen, 2002).

4 MÉTODO

Este é um estudo descritivo - exploratório, de natureza qualitativa, do tipo revisão integrativa de literatura.

Para a realização da revisão integrativa foram seguidas de acordo com as recomendações de Ursi (2005), a saber: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa.

Como perguntas norteadoras do nosso estudo elaboramos as seguintes:

- De acordo com os estudos sobre o emprego de política de austeridade fiscal no mundo há efeitos sobre as políticas de saúde?
- As políticas de austeridade fiscal impactam na universalidade e equidade do setor saúde?

A coleta de dados foi realizada pela seleção de literaturas e publicações cientificas constantes em base de dados eletrônicos, como: Scientific Electronic Library Online – SciELO, Portal Regional da BVS Informação e Conhecimento para a Saúde.

Foram utilizados, para busca das produções, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: Austeridade, Recessão Econômica, Reforma dos Serviços de Saúde, Sistemas de Saúde, Universalidade e Equidade.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção das produções foram: produções publicados em português e inglês; produções científicas na íntegra que retratassem a temática referente ao nosso estudo e produções científicas publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos dez anos (2008 - 2018).

Foram excluídos os estudos que não estivessem de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Para a análise dos estudos iniciamos com a aplicação do modelo de Ursi (2005) que nos deu a possibilidade de sintetizar as produçõesmantendo as diferenças de cada uma.

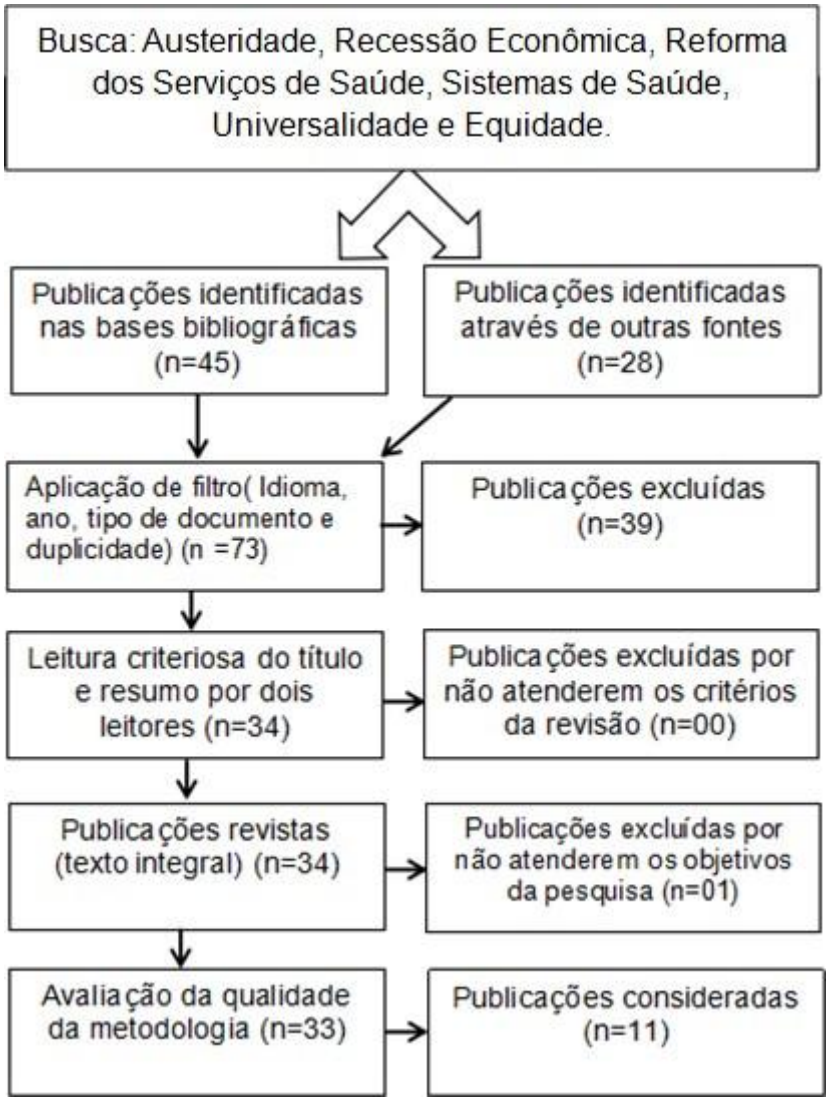
Na avaliação do rigor metodológico foi utilizado o instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP), da Public Health Resource Unit (PHRU), elaborado pela Universidade de Oxford (ANEXO B).

Nosso estudo seguiu para etapa de categorização construída a partir da semelhança dos territórios objetos de estudo das produções científicas selecionadas, as produções que tratavam do Brasil foram reunidas na categoria “Evidências Brasil” e as que tratavam da Europa foram reunidas na categoria “Evidências Europa”, posteriormente foi realizada a análise, síntese e discussão dos resultados. Por último a apresentação da conclusão sobre a revisão integrativa proposta.

O presente trabalho não necessitou ser submetido a avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, no seu parágrafo único, dispõe: “não serão registrados nem avaliados pelo sistema CEP/CONEP: III - pesquisa que utilize informações de domínio público e VI - pesquisa realizada exclusivamente com texto científico para revisão de literatura científica.”

A seleção das produções seguiu um fluxo criterioso de escolha das mesmas, de acordo com a Figura 1.

Figura 1. Gráfico de fluxo de processo de seleção das publicações



Fonte: Adequações dos Modelos de Schramm, Paes-Sousa e Mendes (2018) e Ursi (2005)

Após a finalização do processo de filtragem das produções foi aplicado o instrumento preconizado por Ursi (2005) para reunir e sintetizar as informações-chave, e após a categorização dos artigos. Os trabalhos apresentaram escore V e VI de acordo com análise crítica (Stillwell et al. 2010)

5 RESULTADOS

Na busca realizada foram encontradas 73 produções, artigos científicos, notas técnicas, textos para discussão, artigos originais, notas de conjuntura, teses, artigos de revisão, comunicados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), capítulo de livro, editorial, artigo de reflexão, ensaio. Após filtragem utilizando os critérios de inclusão de ano da publicação, idioma, tipo do documento e as duplicidades foram eliminadas 39 produções.

Adiante foi feito um novo filtro, agora com a leitura dos títulos, resumos e palavras-chaves das 34 produções que não foram eliminadas no primeiro filtro, não havendo eliminação nessa fase de filtro.

Posteriormente, foi aplicado um novo filtro com a leitura integral das 34 produções, onde apenas 01 produção foi eliminada.

A análise das produções gerou a composição de duas categorias: Evidências Brasil e Evidências Europa. As categorias são necessárias para que possamos aglutinar as evidências considerando as semelhanças do arcabouço socioeconômico e de saúde.

Quadro 01 - Produções científicas selecionadas para o estudo.

AUTOR(ES) **PAÍS** **ANO**	**TÍTULO** **PERIÓDICO** **BASE**	**DELINEAMENT** **O AMOSTRA** **INSTRUMENTO**	**OBJETIVO(S)**
Lígia Giovanella e Klaus Tegmüller . Espanha, Alemanha e Reino Unido. 2014.	A crise financeira e os sistemas de saúde na Europa: atendimento universal ameaçado? Tendências das reformas do setor de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Caderno de Saúde Pública. Scielo Saúde Pública.	Qualitativa Exame das recentes reformas do sistema de saúde N=3 Dados de arquivos	Analisar as tendências das reformas do setor de saúde contemporâneo em três países europeus, com modelos de sistemas nacionais de saúde Bismarckian e Beveridgean, dentro do contexto de forte pressão financeira resultante da crise econômica (data de 2008) e discutir as implicações para o atendimento universal.
Isabela Soares Santos e Fabiola Sulpino Vieira. Brasil. 2018.	Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Scielo Saúde Pública.	Qualitativa Revisão da literatura. Dados de arquivos.	Analisar as implicações da política de austeridade no Brasil sobre a garantia do direito social universal, com foco no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e no direito à saúde.
Joyce Mendes de Andrade Shramm; Rômulo Paes-Sousa; Luiz Villarinho	Políticas de Austeridade e seus Impactos na Saúde. Futuros do Brasil – Texto para debate.	Revisão de artigos N=50 Dados de arquivos	Busca identificar os estudos sobre os impactos da crise econômica e políticas de Austeridade e seus impactos na Saúde.

Pereira Mendes. Mundo 2018			
Cristina Arthmar Mentz Albrecht; Roger dos Santos Rosa; Ronaldo Bordin. Brasil. 2017	O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. Revista Saúde e Sociedade. Scielo	Revisão da produção científica; N=34 Dados de arquivos	Identificar como o princípio da equidade é empregado nos estudos brasileiros que versam sobre saúde.
Mauro Serapioni; Países do Sul da Europa; 2017	Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. Caderno de Saúde Pública. Scielo	Revisão não sistemática da literatura, baseando-se na proposta da scoping review. N=74 Dados de arquivos	Apresentar uma breve contextualização do estado de bem-estar social dos países do Sul da Europa, destacando as principais especificidades e diferenças em relação a outros regimes de welfare state da Europa.
Deborah Carvalho Malta; Bruce Bartholow Duncan; Marilisa Berti de Azevedo Barros; Srinivasa Vittal Katikireddi; Fatima Marinho de	Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Scielo	Análise de tendências das prevalências; Dados de arquivos.	Monitorar o comportamento dos fatores de risco pactuados nos planos de enfrentamento das DCNT com vistas a entender se foram afetados por medidas de austeridade fiscal.

Souza; Alanna Gomes da Silva; Daiane Borges Machado; Mauricio Lima Barreto. Brasil. 2018.			
Graziela Liebel , Antonio Reis de Sá Junior , Estela Márcia Saraiva Campos, Yuan-Pang Wang, Patrick Vieira Dias , Alfredo Chaoubah. Brasil. 2018.	O desafio da equidade: fatores associados aos gastos com a produção ambulatorial na atenção secundária. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde. BVS	Estudo ecológico, analítico observacional; N=853 municípios do estado de Minas Gerais. Dados de arquivos.	Analisar quais as variáveis socioeconômicas, estruturais e demográficas possuem maior associação com a produção e os gastos ambulatoriais de média complexidade no estado de Minas Gerais no ano de 2014
Fabiola Sulpino Vieira. Brasil 2016	Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Nota Técnica nº26 - Ipea BVS	Revisão de revisões sistemáticas e narrativas indexadas na base de dados Pubmed e publicadas nos últimos dez anos. N= 17 Dados de arquivos	Apresentar e discutir evidências sobre o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde.

Fabiano Tonaco Borges; Luís Andres López Fernández; Gastão Wagner de Sousa Camposc. Espanha. 2018.	Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. Revista Saúde e Sociedade. Scielo e BVS	Estudo de caso e revisão bibliográfica. N=20	Analisar os ajustes fiscais colocados em marcha na Espanha como resposta à crise financeira de 2008, suas implicações para o Sistema Nacional de Salud (SNS) e a consequente resistência cidadã.
Rômulo Paes-Sousa, Davide Rasella, Julio Carepa-Sousa. Brasil. 2018.	Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. Revista Saúde Debate. Scielo	Revisão de literatura.	Revisitar os estudos recentes procurando destacar o que pode ter incidência mais imediata sobre a saúde pública, com especial interesse sobre os grupos de maior vulnerabilidade.
Andrei Souza Teles; Thereza Christina Bahia Coelho; Milla Pauline da Silva Ferreira. Bahia. 2016.	Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. Revista Saúde e Sociedade. Scielo	Modelo “Contas Nacionais de Saúde. N=348 Dados de arquivos.	Analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, em 2010, na perspectiva da equidade.

Fonte: Elaboração própria.

5.1 Um território que sofre na América Latina: evidências Brasil

Foram consideradas 11 produções científicas que tratavam das implicações ocorridas pelo emprego de políticas de austeridade fiscal que feriam os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro e atingiam

tragicamente a população com maior vulnerabilidade social e que necessitam do SUS.

Segundo Santos e Vieira (2018) em seu estudo de revisão de literatura, em resposta à crise o Brasil por meio de medidas de ajuste fiscal para redução dos gastos do governo federal reduziu em 42% suas despesas entre o ano de 2014 e 2016.

Nesse mesmo sentido, Santos e Vieira (2018), informam que com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, instituindo o chamado Novo Regime Fiscal, foi estabelecido o teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para as despesas financeiras. Numa contexto prospectivo dos efeitos do emprego da EC de 2017 até 2036, com o congelamento das despesas, haverá perdas de aproximadamente R$ 1,3 trilhão. E os gastos com saúde e educação, agora sem vinculação em relação às receitas passam a ter as aplicações mínimas congeladas nos mesmos termos das despesas primárias, com a diferença de que sua vigência começa em 2018.

Santos e Vieira (2018, p. 2308) evidenciam:

> "que caso a regra da EC 95 estivesse em vigor no período 2003-2015, as perdas acumuladas do Sistema Único de Saúde alcançariam R$ 135 bilhões. Já em um exercício prospectivo, estimou-se que elas poderiam variar de R$ 168 bilhões a R$ 738 bilhões entre 2017 a 2036, a depender do crescimento do PIB nos próximos anos."

Com a retração dos gasto públicos, o estudo de Santos e Vieira (2018), demonstra que houve aumento do gasto provado das famílias com saúde, onde segundo dados do IBGE(2017), no período compreendido entre 2010 e 2015, a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde reduziu de 46,9% para 45,1%, enquanto a participação das famílias e das instituições sem fins lucrativos aumentou de 53,1% para 54,9%.

Em estudo realizado por Malta et al. (2018) referente as tendências das prevalências de fatores de risco e de doenças crônicas que consubstanciam as metas referentes aos compromissos nacionais e globais no enfrentamento das DCNT, identificou-se que à prevalência dos fatores de risco estimados anualmente pela vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), a análise do período 2010-2014 e de 2015-2017, obtiveram diferenças

acentuadas quanto ao comportamento dos fatores de risco. O uso abusivo de álcool que havia sido reduzido no primeiro período, aumentou no segundo, no total e em todos os níveis educacionais. O consumo de hortaliças que cresceu de forma acentuada no primeiro período, decresceu no segundo, também em todos os níveis de escolaridade. A atividade física aumentou no primeiro período e reduziu no seguinte, em todos os níveis de escolaridade. O tabagismo reduziu 23,4% no primeiro período e apenas 2,9% no segundo, com aumento das prevalências na população com 9 anos e mais de escolaridade. Apenas a obesidade aumentou no primeiro período e manteve prevalências estáveis no segundo, exceto entre os mais escolarizados, quando aumentaram as prevalências.

Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa (2018), em um estudo de revisão de literaturas recentes identificaram que, segundo Morosini et al.(2018), a Política Nacional de Atenção Básica passou por alterações na sua organização e diretrizes que tendem a enfraquecer a sua cobertura universal, a constituição da equipe profissional, organização do processo de trabalho e a coordenação nacional da política. Em um contexto de recursos escassos e a noção de ofertar uma cesta básica de serviços poderá ter como consequência a precarização da prestação de serviços.

Nesse mesmo estudo, Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa (2018), identificaram que os ganhos em redução da pobreza e melhoria dos indicadores de saúde que o Brasil obteve nos anos anteriores, poderá ficar comprometido, resultando no aumento da mortalidade infantil em crianças até 5 anos e aumentos dos casos de doenças diarreicas e de subnutrição.

5.2 O retrocesso da Europa Ocidental: evidências Europa

Foram considerados 03 produções científicas que tratavam de mudanças empregadas nos sistemas de saúde em países da Europa Ocidental em períodos de crise econômica com implementação de políticas econômicas

de restrição de bens, benefícios e serviços de saúde, como também aumento de impostos, taxas que se relacione com as ações e serviços de saúde.

A pesquisa realizada por Giovanella e Stegmüller (2014), analisou as tendências de reformas contemporâneas no contexto de forte pressão financeira, resultante da crise econômica no ano de 2008 e discute o impacto dessas reformas para a universalidade na Espanha, Reino Unido e Alemanha. Ambos fizeram estudo por meio de análise comparada, usando como base os estudos clássicos de Titmuss (1974) e Esping-Andersen (1990). As evidências encontradas nas mudanças ocorridas na Espanha também compartilhadas por Serapioni (2017) foram instituídas por meio de um decreto “Real Decreto Lei nº 16/2012”, que aplica medidas drásticas de austeridade na saúde do país, como: o cortes de sete bilhões de euros ao Sistema Nacional de Saúde - SNS, o que levou à várias alterações, entre elas: a exclusão do acesso ao sistema por imigrantes ilegais, instituição de copagamento, fechamento de serviços eexclusão de 417 medicamentos básicos.

Giovanella e Stegmüller (2014), relatam que na Inglaterra, o NHS desde de 2010 vem passando por mudanças especialmente com cortes de 20 bilhões de libras em um perído de cinco anos, com repercussão negativa para o sistema de saúde, numa tendência de privatização de serviços.

Para Pollock et al.(2012), em relação as mudanças no NHS, a legislação em vigor refere como papel do Estado promover serviços integrais, sendo suprimido o termo garantia de serviços integrais.

Na Alemanha, Giovanella e Stegmüller (2014) evidenciaram que o governo adotou medidas restritivas para compensar perdas de receitas em função da crise, como também quebrou a paridade de contribuição entre trabalhadores e empregadores para o Fundo de Saúde do GKV (criado em 2007), recaindo sobre os primeiros a maior contribuição. Também foi abolido o limite para a cobrança de taxa adicional a ser paga por usuário do sistema que antes seguia a lógica da solidariedade, ou seja, quem ganhava menos desembolsava menos e os de renda mais elevada pagavam mais.

Estudo realizado por Serapioni (2017), baseou-se numa revisão não sistemática da literatura, fundamentado na proposta da scoping review. Ao

levantar evidências de estudos recentes sobre o impacto da crise econômica na Grécia, identificou que houve aumento dos transtornos mentais, suicídio, doenças infeciosas e a deterioração da autopercepção de saúde, como também a presença de consideráveis desigualdades geográficas, onde há regiões menos privilegiadas que não contam com infraestruturas nem recursos humanos suficientes para atender às necessidades da população, tanto nos hospitais como nos centros de saúde rurais.

Na Itália, de acordo com Serapioni (2017), a crise econômica agravou os problemas de organização institucional, implementados pelos sistemas de saúde nacional e regionais, como: a introdução de novas formas mistas de gestão e de assistência público-privada; a transferência de responsabilidade para as comunidades locais a gestão dos serviços sociais para idosos, deficientes e usuários dos serviços de saúde mental.

Segundo Borges, Fernandez e Campos (2018), a política de austeridade fiscal empregada na Espanha também gerou forte manifestação popular em apoio a um sistema de saúde universal e público. O movimento foi chamado de Marea Blanca (por causa dos jalecos dos médicos).

Schramm, Paes-Sousa e Mendes (2018) em seu estudo de revisão sobre os efeitos da crise econômica e das políticas de austeridade sobre a saúde, evidenciaram em um estudo amplo de revisão realizada por KARANIKOLOS (2016) que a mortalidade geral manteve a tendência ao decréscimo nos países europeus, no entanto, os óbitos infantis aumentaram, com aumento também na taxa de suicídios.

Ainda no estudo de revisão realizado por Scharmm, Paes-Sousa e Mendes (2018), os autores identificaram que o comportamento da população e os fatores de risco em períodos de crise econômica e de políticas de austeridade fiscal na Itália (GALLUS et al., 2016) demonstram que, no período entre 2012 e 2014, os adolescentes maiores de 15 anosque mais consumiam tabaco faziam parte de grupos cuja idade, escolaridade e renda familiar eram menores.

Outro estudo levantado por Schramm, Paes- Sousa e Mendes (2018) foi a análise feita por HAWTON et al. (2016) sobre a Inglaterra, a qual utilizou

dados do “Multicentre Study of Self-harm” para os anos entre 2001 e 2010. Os autores encontraram altas taxas de violência autoinfligida em pessoas desempregas, bem como numa análise por região com maior nível de desemprego os resultados demonstraram semelhança. Em referência ao suicídio, estudo realizado com dados do período de 2000 - 2010, controlado os fatores sociodemográficos e de tendência histórica, foi identificado um aumento, com significância estatística, de suicídios na população de desempregados após a crise, na França, Reino Unido e Holanda (LAANANI et al., 2015).

O aumento do uso de medicamentos psicotrópicos foi evidenciado em estudo identificado de Schramm, Paes-Sousa e Mendes (2018), onde em estudo de coorte retrospectiva realizado por BARCELÓ et al. (2016)entre os anos de 2005 e 2012 que analisou o consumo de medicamentos psicotrópicos por indivíduos residentes em uma região no nordeste da Catalunha, na Espanha, observando aumento de uso desses medicamentos no período pós crise de 2008.

Em estudo de revisão de literatura, Vieira (2016) demonstra que estudos sobre austeridade fiscal na Grécia evidenciaram que houve um aumento dos casos de suicídio entre 2007 a 2011, chegando a um incremento de 40% no último ano analisado.Com o cortes de gastos na saúde houve um aumento dos casos de HIV, H1N1 e malária, um aumento do gasto privados para o acesso a medicamentos e cortes de 15% nos salários do setor público, com o fim dos 13º e 14º salários e o aumento das jornadas de trabalho.

6 DISCUSSÃO

A partir da análise das evidências levantadas na revisão integrativa, foi possível constatar que as crises econômicas e as respostas dadas pelos países estudados, Brasil e países da Europa Ocidental, demonstraram um interesse dos governos em reduzir o poder do estado para com políticas sociais e uma busca paradigmática do equilíbrio fiscal.

No Brasil como demonstram Santos e Vieira (2018) o ajuste fiscal estabelecido teve suas raízes fincadas não momentaneamente, mas com uma emenda à Constituição Federal de 1988, em que os gastos com despesas primárias ficaram congelados durante 20 anos, o que para o Sistema Único de Saúde agrava sua crise de financiamento.

Em estudo feito por Teles, Coelho e Ferreira (2016), uma análise sobre os municípios da Bahia, a partir do prisma da equidade, observa-se que a distribuição dos recursos federais de saúde para os municípios baianos apresentou uma clara relação de proporcionalidade com o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano): quanto menor o IDHM, menor a transferência. Ou seja, mesmo em tempos sem os ajustes fiscais que ocorrem no país na atualidade, ainda não tínhamos enfrentado por meio de políticas equânimes a distribuição desigual dos recursos da saúde para os municípios, o que com a política de austeridade fiscal implementada pelo governo federal podemos inferir que haverá um aprofundamento ainda maior da desigualdade na distribuição dos recursos financeiros.

Nesse mesmo sentido, podemos inferir que a redução do financiamento numa realidade de subfinanciamento do SUS, agravará o distanciamento para a universalidade do SUS, visto que haverá redução de serviços de saúde e por conseguinte redução da capacidade de atenção e assistência do SUS. Já podendo ser visto em estudo realizado por Santos e Vieira (2018) apud IBGE (2017) que com as retrações de gasto público, observa-se um aumento do gasto privado das famílias com saúde.

Borges, Fernandez e Campos(2018), em estudo sobre a Espanha relatam que medidas de redução dos gastos públicos no SNS vem minando a qualidade dos serviços públicos por meio de cortes massivos nos salários dos médicos, enfermeiros e demais trabalhadores, cortes esses acompanhados ainda por aumento da carga horária, com limitação de dias livres (equivalentes às férias).

Quanto a manutenção dos serviços de saúde e a ampliação da infraestrutura de saúde, Giovanella e Stegmüller (2014), identificaram que na Espanha medidas drásticas de austeridade na saúde do país, atingiram frontalmente o direito de cobertura da condição de cidadão, com mudanças nas condições de acesso ao cartão do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Em termos de promoção da saúde, estudo realizado por Malta et al. (2018), demonstrou que os fatores de risco, como: o uso abusivo de álcool, o consumo de hortaliças, a prática de atividade física e o tabagismo tiveram, no período de crise econômica mais intensa e de implementação de políticas de ajuste fiscal com redução dos investimentos do governo nas áreas sociais, o aumento de uso abusivo de álcool, a redução no consumo de hortaliças, a redução na prática de atividade física e o aumento do tabagismo, o que pode demonstrar que a sociedade brasileira enfrenta um processo de ruptura de políticas de saúde que promovem resultados a longo prazo, observa-se o retorno a práticas sociais de acumulo de fatores de risco com consequências futuras danosas a sociedade e a economia do país, visto que estamos tratando de doenças crônicas não transmissíveis e que o tratamento e a reabilitação requerem maior infraestrutura de saúde, maiores investimentos urbanos, maiores tempos de hospitalização e de tratamento medicamentoso.

Na Grécia observou-se um aumento de agravos de saúde como é relatado no estudo de Serapioni (2017), quanto aos impactos da crise econômica, identificou-se que houve aumento dos índices de transtornos mentais, suicídio, doenças infeciosas e a deterioração da autopercepção de saúde.

Fortalecendo essa evidência de enfraquecimento da política nacional de promoção da saúde, Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa (2018), em

estudo de revisão de literaturas recentes citando o estudo de Morosini et al.(2018),onde o mesmo relata que alterações realizadas na Política Nacional de Atenção Básica tendem a enfraquecer esse nível de atenção quanto a: cobertura universal, acesso, equipe profissional, organização do processo de trabalho e coordenação nacional da política. A flexibilização pretendidaem um contexto de escassez de recursos levará ao rebaixamento do volume e da qualidade dos serviços prestados.

Albrecht, Rosa e Bordin (2017, p. 126), alertam que:

> " A discussão sobre equidade deveria ser intensificada no contexto brasileiro, considerando que o Sistema Único de Saúde lida com um orçamento limitado e uma grande demanda, o que, por vezes, acaba sobrepondo os princípios de universalidade, integralidade e equidade."

De acordo com Liebel et al. (2018), vários estudos referem que, no Brasil, o direito universal à saúde, portanto o SUS, não se efetiva igualmente em todos os lugares, por se concretizar de maneira incompleta e seletiva no território em geral, seguindo as tendências regionais de concentração e escassez populacional, econômica e das modernizações técnicas, científicas e de informação, que caracterizam o meio geográfico.

No Brasil, onde o sistema de saúde tem princípios universais e equitativos, podemos afirmar que regiões com melhores condições socioeconômicas e demográficas potencializam a resolutividade das necessidades de saúde da população (Liebel, 2018).

Dando força a esse discurso Albrecht, Rosa e Bordin (2017), relatam que o debate sobre equidade e universalidade não deveria ocorrer apenas no nível do acesso às ações e serviços de saúde, mas na equidade do processo que deve acontecer baseado na perspectiva da inclusão, caso contrário, o indivíduo pode ter acesso, mas se sentir excluído em participar do sistema de saúde. O desafio consiste em discutir uma forma de operacionalizar a equidade enfrentando a escassez de recursos e fazê-lo de forma contínua, sem que o princípio se perca ao longo do processo e, dessa forma, o indivíduo sinta-se discriminado no cuidado à saúde.

Paes-Sousa, Rasella e Carepa-Sousa (2018), em estudo prospectivo sobre o alcance da Emenda Constitucional 95, identificou que a crise

econômica atual, aliada a um pacote de medidas de austeridade, poderá comprometer ainda mais os ganhos em redução de pobreza e melhoria dos indicadores de saúde, especialmente entre os mais pobres, com aumento da mortalidade infantil até 5 anos e aumento dos casos de doenças diarreicas e de subnutrição.

Analisando, as conclusões dos estudos considerados, dá-se como certo que o ciclo de crise econômica recente e os remédios usados contra as crises nos países estudados demonstram a quebra dos sentidos solidários e coletivos das políticas públicas estatais e mais especificamente da política de saúde pública. Fica claro o caminho trilhado pelos governos desprestigiando a solidariedade das políticas de saúde e os princípios de universalidade e equidade, levando à precarização dos serviços, e restrição de bens, benefícios e serviços de saúde, como também o repasse da responsabilidade do gasto com saúde para as famílias e os indivíduos, seja por meio dos problemas de não resolutividade dos sistemas de saúde analisados, seja pela participação no copagamento de serviços e tratamentos. Um outro fator importante é a seletividade das políticas de austeridade fiscal que em prol de um equilíbrio fiscal das contas públicas, retira dos investimentos em políticas sociais o dinheiro que já é pouco para o funcionamento das mesmas, escolhendo para esse fim atingir a população mais vulnerável da sociedade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que as políticas de austeridade fiscal implementadas tem efeitos agressivos aos princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde, considerando que são princípios operativos e que não estão completamente implementados nas diversas políticas de saúde do SUS e que o subfinanciamento que o sistema de saúde enfrenta desde de sua criação tem uma grande importância nessa não consolidação desses princípios operativos, e que, em outros países, como os da Europa Ocidental que foram estudados, a restrição dos gastos com saúde pelos governos também agravaram o acesso universal e a distribuição equânime dos recursos de saúde.

Em um cenário de crise econômica e austeridade fiscal há um recrudescimento de doenças emergentes e reemergentes que afetam especialmente as população de maior vulnerabilidade socioeconômica e que mais necessitam que os sistemas de saúde sejam permeáveis. Também é notório que o comportamento dos indivíduos influenciados por crenças, emoções e fatos mudam nesses contextos de redução de direitos, aumentando os fatores de risco para as doenças crônicas.

É notório que atitudes de governos no sentido de redução dos investimentos em políticas de saúde, são escolhas que se fundamentam em visões de mundo que muita das vezes estão atreladas erroneamente na relação entre direitos e custos econômicos, vendo pessoas como meros consumidores, reduzindo o princípio de cidadania fundamental aos estados democráticos de direitos.

A nova faceta do capitalismo que torna o Estado seu dependente e a sociedade aprisionada à dominância do capital em suas múltiplas faces desconfigurando o trabalho, desregulamentando atividades que provocam externalidades negativas, levam a desconfiguração da humanidade do Estado em nome do capital, tornando assim os remédios à crise econômica duros golpes estabilidade social e à cidadania.

Em considerando as limitações do estudo, dentre elas, a busca em apenas duas base de dados, com restrição ao período de anos de 2008 a 2018 das publicações, como também a abstração da operacionalização da equidade por ter seus fundamentos em princípios éticos e morais, e ainda a não consolidada universalidade do SUS, torna-se um desafio a comparação na seleção dos prejuízos que as políticas de austeridade fiscal vão trazer de consequências para ambos os princípios. É valido ressaltar que são necessários mais estudos que versem sobre os efeitos das crises econômicas e as políticas de austeridade fiscal sobre os princípios de equidade e universalidade.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, CAM; ROSA, RS; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saude soc**., São Paulo , v. 26, n. 1, p. 115-128, Mar. 2017 .

BARROS, FPC; SOUSA, MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saude soc**., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 9-18, Mar. 2016 .

BORGES, FT; FERNANDEZ, LAL; CAMPOS, GWS. Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. **Saude soc**., São Paulo , v. 27, n. 3, p. 715-728, set. 2018 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos do direito à saúde no Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

d'ÁVILA, L; SALIBA, G. (2017). A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E SUA INTERFACE COM A JUSTIÇA SOCIAL. **Revista De Direito Sanitário**, 17(3), 15-38. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p15-38

FRIEDMAN, M. FRIEDMAN, R. Liberdade de Escolher: o novo Liberalismo Econômico. Trad.Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Record, 1980, p 152.

GIOVANELLA, L; STEGMULLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 11, p. 2263-2281, Nov. 2014 .

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva [online].** 2018, v. 23, n. 6, pp. 1763-1776.ISSN 1678-4561.

HAYEK, F. A. *O caminho para a servidão*. Tradução: Anna Maria Capovilla, José Ítalo Stelle e Liane de Morais Ribeiro. 5. ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990. 221 p.

LIEBEL, G; JUNIOR, ARS; CAMPOS, EMS; WANG, Y-P; DIAS, PV, CHAOUBAH, A. O desafio da equidade: fatores associados aos gastos com a produção ambulatorial na atenção secundária. **Bras Econ Saúde** 2018;10(3): 246-54. DOI: 10.21115/JBES.v10.n3.p246-54J.

MALIK, AM. Oferta em serviços de saúde. Rev USP. 2001;(51):146-57

MALTA, D et al. . Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3115-3122, out. 2018.

MANKIW, N. G. Introdução à Economia. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

MARQUES, RM; MENDES, Á. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 35-51, Dec. 2007 .

MELO, MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.

MENDES, AN, MARQUES, RM. Os (Des)caminhos do financiamento do SUS. Saúde Debate. 2003;27(65):389-404.

MENDES, AN; LEITE, MG; MARQUES, RM. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc**. 2011;20(3):673-90.

NORONHA, JC; PEREIRA, TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books .

OPAS. Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS; 2017

PAES-SOUSA, R; RASELLA, D; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 172-182, Nov. 2018 .

PAIM, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1723-1728, June 2018 .

PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N (orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. 1.ed.. 2014. Medbook, Rio de Janeiro: 720pp.

PIOLA; SF; PAIVA, AB; SÁ, EB; SERVO, LMS. Financiamento Público da Saúde: uma história a procura de rumo. Texto para Discussão. IPEA: Brasília, 2013.

REIS, AAC. O que será do Brasil e do SUS?. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 2, june 2018. ISSN 1981-6278.

SANTOS, IS; VIEIRA, FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2303-2314, July 2018 .

SEN, A.¿Porqué laequidadensalud?**RevistaPanamericanadeSalud Pública**,Washington,DC,v.11,n.5/6,p.302-309,2002.

SEN, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, A.Desigualdade reexaminada.RiodeJaneiro:Record,2001.

SERAPIONI, M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 9, e00170116, 2017 .

SERVO, LMS; PAIVA, AB; PIOLA, SF; RIBEIRO, JA. Financiamento e Gasto Público de Saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA; 2011.

SCHRAMM, JMA; PAES-SOUSA, R; MENDES, LVP. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018. 40 p.

SOUZA, LBC; LEAL, MCC; BEZERRA, AFB; SILVA, ICL, SOUZA, LCG, ESPIRITO SANTO, ACG. Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: Revisão integrativa da literatura.. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2019/Mar).

STILLWELL, S; MELNYK, BM; FINEOUT-OVERHOLT, F. Evidence-Based Practice: Step by step. **American Journal of Nursing**. 2010; 110 (5): 41-7.

TELES, AS; COELHO, TCB; FERREIRA, MPS. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saude soc**., São Paulo , v. 25, n. 3, p. 786-799, Sept. 2016 .

URSI, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VELLEDA, L. Efeito do golpe, mortalidade na infância cresce, depois de 15 anos de redução. Rede Brasil Atual; 19 maio 2018 [citado 2018 maio 20].

VIEIRA, FS; SANTOS, IS; OCKÉ-REIS, CO; RODRIGUES, PHA. Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: como as Políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Cebes; 2018.

VIEIRA, FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea; 2016. (Nota Técnica n. 26).

WILLIAMSON, J. What Washington Means by Policy Reform, 1990, Disponível em http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?research.

ANEXO A

Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados da revisãointegrativa

Código da publicação_____Tipo de estudo: quantitativo ( ) qualitativo ( ) quanti-qualitativo ( )

Ano de publicação:_____Base de dados:_____Nível de evidência: _____

Questões	Considerações	Julgamento
1. Objetivo claro e justificado?	☐ Explicita objetivo ☐ Explicita relevância do estudo	( ) Sim ( ) Não
2. Há adequação da metodologia?	☐ A pesquisa visa interpretar e/ou iluminar as ações?	( ) Sim ( ) Não
3. Os procedimentos teóricos – metodológicos são apresentados e discutidos?	☐ Explicita os procedimentos metodológicos	( ) Sim ( ) Não
4. A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	☐ Explicita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra do estudo.	( ) Sim ( ) Não
5. A coleta de dados está detalhada?	☐ Explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal,...) ☐ Explicita o uso do instrumento para a coleta (questionário, roteiro,...)	( ) Sim ( ) Não
6. A relação entre pesquisador e pesquisados foi	☐ O pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial	( ) Sim ( ) Não

considerada?	de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) ☐ Descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa.	
7. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?	☐ Menção de aprovação pelo comitê de ética. Menção do termo de consentimento autorizado	( ) Sim ( ) Não
8. A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	☐ Explicita o processo de análise. ☐ Explicita como as categorias de análise foram identificadas. Os resultados refletem os achados.	( ) Sim ( ) Não
9. Os resultados foram apresentados claramente?	☐ Explicita os resultados Dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores ☐ Os resultados são analisados à luz da questão do estudo	( ) Sim ( ) Não
10. Qual a importância da pesquisa?	☐ Explicita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento...) ☐ Indica novas questões da pesquisa	( ) Sim ( ) Não

Fonte: Souza et al.(2019)

ANEXO B

Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos estudos selecionados na revisão integrativa

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Revisão sistemática ou metánalise (síntese das evidências de todos relevantes ensaios clínicos e randomizados)
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e / ou relatório de comitês de especialidades

Fonte: Stillwell et al. (2010)