

Acesso e integralidade da Atenção

José Antonio ITURRI ¹

INTRODUÇÃO

O QUE É ACESSO A SAÚDE?

O conceito de acesso à saúde ou, mais estritamente, acesso a serviços de saúde é objeto de debate. Acesso é uma noção relacionada a outras como desigualdade, equidade, justiça social, necessidade de saúde, utilização de serviços, qualidade dos serviços. A depender do grau de relação com outros conceitos, as diversas definições de acesso podem ser consideradas como mais restritas ou mais abrangentes ou amplas.

Para Sanchez e Ciconelli “O conceito de acesso pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem.” Contudo, a noção de uso ou utilização de serviços está incluída em todas as definições, ela “corresponde a todos os contatos diretos com o médico – consulta (...), internação (...) – e com outros profissionais envolvidos na realização de procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação”.¹

No conceito restrito, acesso “refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população”². Estas mesmas autoras lembram que no conceito abrangente, o acesso não se limita às etapas de procura e entrada no serviço, mas deve abranger também a qualidade do (...) processo de cuidado (diagnóstico e tratamento) e o seu resultado. Outra definição abrangente considera que “acesso inclui a utilização de serviços de saúde adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriados”².

Neste texto, os termos acesso e acessibilidade são considerados sinônimos; aponta-se, ainda, que a aceção de Donabedian para acessibilidade situa-se próxima dos mencionados conceitos abrangentes.

Gavin Mooney e Michael Thiede, pesquisadores da Universidade de Cidade do Cabo na África do Sul, definiram quatro dimensões como as principais características do acesso à saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (esta última sendo transversal às outras).^{1,2,3} Para cada uma dessas dimensões podem-se propor indicadores de avaliação e identificar barreiras de acesso.

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Adjunto da Universidade de Brasília / Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB) e Coordenador Adjunto do Curso de Saúde Coletiva/FCE/UnB. Contato: iturri@unb.br

A disponibilidade – presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos no local apropriado e no momento em que é necessário – representa a condição absolutamente necessária à utilização. Esta dimensão engloba tanto aspectos geográficos quanto organizacionais. As relações geográficas entre os usuários e os serviços, as distâncias, as opções de transporte, assim como a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados.

Para Travassos e Monteiro² a conveniência do horário de funcionamento, o tempo de espera, o tipo de profissional disponível (especialidade, idade, gênero), a qualidade técnica do cuidado são alguns dos componentes do aspecto organizacional desta dimensão.

Sanchez e Ciconelli exemplificam alguns indicadores para avaliação da dimensão disponibilidade. “tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), Acesso e integralidade da Atenção local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos”¹.

A combinação de barreiras geográficas e organizacionais ao acesso pode ser exemplificada pela persistência e magnitude de internações hospitalares por condições evitáveis pela atenção primária de saúde.

A capacidade de pagamento “compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde” e nela podem se considerar, dentre outras: “despesas com consultas médicas, medicamentos e testes diagnósticos, entre outros; outras despesas diretas, como transporte ou alimentação especial; e despesas indiretas, como perda de renda ou produtividade em consequência do tempo de espera no atendimento”¹. As mesmas autoras listam alguns indicadores de avaliação desta dimensão: “renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde”.

Com essa descrição, parece claro que mesmo em sistemas públicos de saúde em que os usuários finais não pagam pela execução dos serviços podem existir barreiras financeiras ao acesso.

A dimensão aceitabilidade “compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades”¹; se relaciona a muitos fatores subjetivos, sociais e culturais da relação entre os usuários e os serviços³. A confiança no sistema de saúde é um valor muito importante que influencia a aceitabilidade; a falta de confiança no sistema pode dar lugar a barreiras de acesso⁴. Outro ponto chave nesta dimensão é “o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços”¹. A aceitabilidade é considerada a dimensão menos tangível e mais difícil de ser avaliada.

A informação, considerada um elemento central do acesso, perpassa as outras três dimensões³. A informação pode determinar a distância entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos

serviços de saúde; acredita-se que a informação é o cerne do debate da equidade, considerando que o processo de empoderamento das pessoas para que estas façam escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde seja um objetivo fundamental das políticas de saúde em uma sociedade democrática. Assim, entre os possíveis indicadores para a avaliação desta dimensão propõem-se o conhecimento e o acesso a fontes de informação sobre saúde¹.

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Pode-se resumir a situação geral dizendo que: “Os estudos sobre desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, realizados até o início de 2006, indicavam marcadas iniquidades (...) Estudos mais recentes [de 2010 e 2011] mostram que essas desigualdades diminuíram, apesar de o sistema de saúde ainda permanecer muito iníquo. (...) o fator mais importante na utilização dos serviços (...) é a necessidade; porém as pessoas que deles mais necessitam, que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados, têm menor probabilidade de utilizar serviços”² (ênfase nossa).

Entre os dados empíricos apresentados por estas autoras que ilustram a coexistência entre uma melhora da situação geral e a persistência de “marcada iniquidade” no acesso a serviços de saúde temos:

- A probabilidade de utilizar serviços de saúde, uma vez que a pessoa os tenha procurado, em determinado período, é bastante alta; no entanto “as pessoas em posições de maior desvantagem social [buscam] menos os serviços quando deles necessitam”.

- A alta prevalência de atendimento (demanda satisfeita) possivelmente esconde as barreiras que pessoas mais pobres enfrentam para obter cuidados, o que obriga, no Brasil, a avaliar “a adequação do momento e o local do atendimento, pois possivelmente, [os pobres] procuram o serviço quando seu estado de saúde é mais grave e recebem cuidados (...) menos adequados às suas necessidades”.

- Ao mesmo tempo, o acesso à maioria das intervenções de saúde materno-infantil atingiu cobertura praticamente universal.

- Reduziram-se nas desigualdades sociais na cobertura de mamografia no país.

- Ao comparar dados dos Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2003 e 2008 verifica-se aumento na proporção de pessoas que usaram serviços de saúde e de atenção primária, a desigualdade por nível educacional diminuiu, assim como a desigualdade de uso entre os que possuem e os que não têm plano de saúde.

- Redução de barreiras de acesso aos serviços odontológicos.

INTERVENÇÕES PÚBLICAS PARA A MELHORIA DO ACESSO

Após 24 anos de criação do SUS, numerosas iniciativas dos vários níveis de gestão se orientam aprofundar as melhoras de acesso e a redução das persistentes iniquidades de utilização de serviços.

Três iniciativas em temas mais específicos e uma de alcance mais sistêmico exemplificam o que queremos dizer:

- Rede Cegonha: Instituída em nível federal em 2011, é uma rede de cuidados que assegura, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Fomenta um novo modelo de atenção à saúde focado no cuidado à gravidez, parto e nascimento e no desenvolvimento infantil até os 24 meses. Na sua motivação inicial se encontram a persistência e magnitude de graves problemas de acesso ao cuidado como a peregrinação de parturientes em trabalho de parto, a incerteza sobre o local do parto, inclusive em grávidas com número adequado de controles pré-natais e os inadequados indicadores de qualidade desse controle.^{5,6}

- Lei 12.732/2012 que sanciona que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico.⁷ Procura melhorar situação descrita por recente auditoria operacional do Tribunal de Contas da União apontando que depois de instituída em 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica evidenciava-se “que a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar aos pacientes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer” e que menos do 18% das radioterapias necessárias se iniciavam em até 30 dias.⁸

- Saúde Bucal: Em 2002, a Portaria 1444 introduz a saúde bucal no Programa Saúde da Família. Em 2004 o MS publica as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”⁹ que tem nos seus princípios norteadores a busca do acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida depois de constatada que esta era “uma das áreas da saúde com extrema exclusão social” em que “13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente”.¹⁰

- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹¹: Iniciativa que é a estratégia principal do ‘Saúde Mais Perto de Você’ e almeja “a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade “das práticas de gestão, cuidado e participação” na Atenção Básica [AB]”.¹² Deve destacar-se que o programa, desde sua denominação, assume um conceito ampliado de acesso e promove uma mudança significativa do financiamento da AB “vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de ‘padrões’ que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção

e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores”.¹²

• Por fim, ao invés de tentar inventariar as outras abundantes iniciativas da gestão federal que expressam a intenção de ampliar o acesso à saúde, podem-se apontar reflexões que nos permitam lembrar que ao se falar de acesso e suas diversas acepções e dimensões se faz referência direta ao princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde. Com os elementos apresentados caberá continuar o debate sobre a formulação de políticas de saúde para a implementação desse princípio do ponto de vista das responsabilidades do gestor federal do SUS. Nesse sentido, pode-se discutir se quando se divulga o número absoluto de profissionais ou de equipamentos de saúde disponíveis ou de municípios que contam com eles (por exemplo, o incessante aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família), poderia estar-se confundindo as noções de “cobertura” e de “acesso”, como discute José Noronha em artigo recente¹³:

“ No caso dos cuidados de saúde, ao se dizer que uma determinada unidade ‘cobre’ um determinado número de indivíduos não significa que aquele número de indivíduos esteja utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Cobertura, portanto, difere de acesso e utilização. Quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco (...). Se aceitarmos ‘cobertura’ como ‘acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários’, o problema desaparecerá. Cobertura deve significar acesso e uso, e não apenas entitlement [direito de posse], que deve se dar sem barreiras.”

• No Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde, hospedado pela revista Cadernos de Saúde Pública, Célia Almeida questiona como pode se reconstruir a ideia de acesso à saúde como um direito fundamental baseada na recuperação de valores éticos e morais aceitáveis e considera que esse “parece ser o grande desafio ético e político do milênio”.¹⁴ Esperemos que este tema da Semana de Acolhimento motive os novos servidores da gestão federal a se colocar diante desse desafio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica.2012;31(3):260–8.

2 - TRAVASSOS C. e MONTEIRO DE CASTRO, M. S. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella, L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. FIOCRUZ. 2012.

3 - THIEDE M, MCINTYRE D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cad Saúde Pública. 2008;24(5):1168–73.

4 - TRAVASSOS C. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2008;24(5):1159–61.

5 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.459/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS –a Rede Cegonha, 2011a.

6 - GDF/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF. Plano de ação da Rede Cegonha. 2012

7 - BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Nº 12.732/2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

8 - BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Política Nacional de Atenção Oncológica /Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011b

9 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004

10 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasil Sorridente. Disponível em http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php. Acesso em jun/2013.

11 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.654/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2011c.

12 - PINTO, H.A., SOUSA, A. e FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012

13 - NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, maio 2013.

14 - ALMEIDA, C. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. Posfácio. Cad Saude Publica. 2008;24(5): 1179-1181.

Artigo apresentado em 12/12/13

Artigo aprovado em 23/02/14

Artigo publicado no sistema: 24/03/14