

LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA
ORGANIZADORA

ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

PERCURSOS DA UNIVERSALIZAÇÃO



Bagai

ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Percursos da Universalização





AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária responsável: Maria Alice Benevidez CRB-1/5889

Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização
[recurso eletrônico] / [org.] Larayne Gallo Farias Oliveira.
– 1.ed. – Curitiba - PR, Editora Bagai, 2023.

Recurso digital.
Formato: e-book

Acesso em www.editorabagai.com.br

ISBN: 978-65-5368-205-4

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Acesso Universal aos Serviços de Saúde.
I. Oliveira, Larayne Gallo Farias.

CDD 613

10-2023/25

Índice para catálogo sistemático:
1. Saúde: Acesso; Serviços; 613

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-205-4.18.03.23>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 /editorabagai

 /editorabagai

 contato@editorabagai.com.br

CAPÍTULO 1 - PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fraccolli²

Thaynara Silva dos Anjos³

Laiza Gallo Farias⁴

João Felipe Tinto Silva⁵

Júlio César Novais Silva⁶

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito fundamental e um desafio para o Brasil. Embora o país tenha uma das maiores redes de atendimento público de saúde do mundo, a qualidade do atendimento e a disponibilidade de recursos são desiguais em muitas regiões, especialmente nas áreas rurais e periféricas das grandes cidades. Além disso, a falta de investimento em saúde e em inovação tecnológica são fatores que prejudicam a eficiência e a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A desigualdade socioeconômica também afeta o acesso à saúde, já que os economicamente mais vulneráveis ou que vivem em regiões remotas, têm menos oportunidades, ou precisam percorrer grandes distâncias para acessar um serviço de saúde de qualidade, em especial, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, a falta de médicos e profissionais de saúde especializados em áreas remotas também impacta o acesso à saúde (VIEGAS *et al.* 2021).

As desigualdades em saúde são um tópico central de discussões envolvendo políticas públicas em nações ao redor do mundo. As desigualdades no acesso à saúde estão profundamente ligadas a cenários políticos nacionais e internacionais, políticas sociais e econômicas e fenômenos como globalização e o crescimento econômico (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Caracterizar o que significa acesso à saúde e criar um modelo para qualificar este acesso tem sido de grande interesse, pois tais aspectos são fundamentais para desenvolver planos e metas sustentáveis no setor de saúde (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023). Cabe lembrar que nos últimos anos muitas potencialidades para melhorar o acesso à saúde no Brasil tem sido apresentadas .

Estas reflexões tiveram início a partir da década de 1990, quando o Brasil passou por uma série de reformas e mudanças no sistema de saúde, incluindo a APS. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que visava melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde na APS. O PSF tomou uma nova abordagem na assistência à saúde, com equipes multidisciplinares responsáveis por atender uma população específica em áreas definidas (MENDES, 2019).

A partir daí, houve uma expansão significativa da APS no país, com a implementação de novos processos de atenção e criação de programas complementares, como o Mais Médicos em 2013 e a Estratégia Saúde da Família em 1994 (MENDES, 2019). Estes programas tiveram como objetivo ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade, especialmente em áreas rurais e periféricas.

Rezende e colaboradores (2023) defendem que o SUS é uma das maiores iniciativas do país para garantir o acesso à saúde para todos. Outrossim, há um aumento no número de postos de saúde e hospitais, bem como uma crescente preocupação com a qualidade da atenção e a promoção de saúde.

De maneira geral, o panorama do acesso a serviços de saúde no Brasil é desafiador, mas há muitas potencialidades para melhorar a situação (MAGALHÃES, 2007). É importante que haja um compromisso contínuo dos gestores da saúde para garantir que todos tenham acesso a serviços de qualidade, superando os desafios enfrentados pelo SUS (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023). Diante destes pressupostos, este capítulo propôs a traçar uma narrativa panorâmica do acesso à saúde no Brasil, seus desafios e suas potencialidades.

DESENVOLVIMENTO

O acesso à saúde é uma condição crítica no Brasil, e dados epidemiológicos indicam a necessidade de melhorias significativas requeridas pelo sistema de saúde. Existem desafios para garantir o acesso universal à APS no Brasil, como a falta de médicos e profissionais de saúde em algumas regiões, a falta de recursos financeiros e a complexidade do sistema de saúde. Apesar disso, a APS continua sendo vista como uma estratégia importante para garantir o acesso a saúde da população brasileira.

A APS é o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde e é responsável por identificar e resolver a maioria das necessidades de saúde da população. Um dos atributos essenciais da APS é o acesso de primeiro contato, ou seja, o acesso à atenção médica imediata e de qualidade (STARFIELD, 2002). De acordo com a autora, ele é importante porque permite que a população seja atendida de forma rápida e eficiente, evitando agravamento dos problemas de saúde e necessidade de internações e tratamentos mais complexos. Além disso, o acesso de primeiro contato promove o fortalecimento da relação médico-usuário e a confiança na equipe de saúde, o que aumenta a adesão às recomendações médicas e melhora os resultados de saúde da população.

Segundo Bárbara Starfield (2002), para garantir o acesso de primeiro contato, é necessário que exista uma estrutura de APS bem-organizada e com equipe multidisciplinar capacitada. Além disso, é importante garantir a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade e acessíveis a todos, independentemente da renda e da localização geográfica.

Embora o país tenha um sistema de saúde amplo e gratuito, muitas pessoas ainda enfrentam barreiras para obter atendimento de qualidade. Alguns dos problemas incluem: Características geográficas do país, pois a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde variam amplamente entre as regiões, com áreas urbanas tendo acesso a recursos e profissionais mais protegidos do que áreas rurais ou os chamados vazios demográficos. Outro problema é que há uma escassez crônica de profissionais de saúde em muitas regiões do país.

De acordo com o Estudo Institucional nº 8 que tratou da Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família (2023), em termos de cobertura de saúde, o Brasil tem uma taxa de cobertura de 89%, o que significa que 11% da população não tem acesso a serviços de saúde dessa natureza.

Conforme este relatório, os indicadores de mortalidade infantil e materna também apontam para desafios no acesso à saúde. A taxa de mortalidade infantil no Brasil é de 15 mortes por cada 1.000 nascimentos, enquanto a taxa de mortalidade materna é de 60 mortes por 100.000 nascimentos. Esses dados indicam que ainda há muito a ser feito para garantir a saúde e o bem-estar das mães e crianças no país. Além disso, o Brasil enfrenta desafios significativos na luta contra doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que representam cerca de 70% das mortes no país, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

O relatório trata ainda sobre a desigualdade socioeconômica e sua relação com o acesso à saúde no Brasil. De acordo com dados, as regiões Nordeste e Norte têm as taxas mais baixas de cobertura de saúde, enquanto as regiões Sudeste e Sul têm taxas mais elevadas. Para mais, a população com renda mais baixa tem menos acesso a serviços de saúde de qualidade e maiores taxas de mortalidade infantil e materna.

O panorama que estes dados representam são de que o acesso à saúde no Brasil enfrenta desafios significativos, incluindo cobertura insuficiente, mortalidade infantil e materna elevada, e uma crescente prevalência de DCNTs. É importante que haja um compromisso contínuo para melhorar o acesso à saúde no Brasil e garantir que todos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

Embora o país tenha uma das maiores redes de atendimento público de saúde do mundo, a qualidade do atendimento e a disponibilidade de recursos são desiguais, especialmente nas áreas rurais e periféricas das grandes cidades. Além disso, a falta de investimento em saúde e a corrupção são fatores que prejudicam a eficiência e a efetividade do sistema de saúde (MAGALHÃES, 2007).

Outro fator importante é que aqueles com renda baixa ou que vivem em regiões remotas são especialmente prejudicados, já que têm

menos acesso a serviços de saúde privados ou têm que percorrer grandes distâncias para chegar a um hospital ou clínica (MALDONATO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Apesar desses desafios, os governos têm buscado melhorar o acesso à saúde, por meio de programas e a ampliação do número de unidades de saúde e hospitais. Além disso, há uma crescente preocupação com a qualidade da atenção à saúde e a promoção de práticas de saúde preventivas. No entanto, o acesso é uma questão complexa no tocante à garantia de que todos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade e algo precisa ser feito.

O modelo de Acesso Avançado (AA) na APS destaca-se como uma abordagem que busca melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados na APS (MURRAY; TANTAU, 2000). É um método de organização de agenda a partir da proposta: “Faça o trabalho de hoje, hoje!”. Ele se concentra em tornar mais fácil para os usuários obterem acesso aos cuidados de saúde de que precisam, quando precisam, sem ter que esperar por horas ou dias por uma consulta.

De maneira geral, o modelo preconiza que o usuário seja atendido no mesmo dia ou em até 48 horas da sua necessidade de saúde. Isso é alcançado por meio de uma combinação de tecnologias, como triagem eletrônica de usuários, sistemas de agendamento eletrônico, telemedicina e outras inovações. O objetivo é garantir que os usuários recebam o tratamento certo, no momento certo, evitando assim a necessidade de atendimento hospitalar necessário (MURRAY; BERWICK, 2003).

No entanto, algumas dificuldades são enfrentadas nos estudos quanto à implementação do AA na APS que incluem:

- Falta de recursos financeiros: Implementar AA pode ser caro, especialmente na aquisição de tecnologias avançadas, treinamento de profissionais e infraestrutura necessária;
- Barreiras culturais: Muitas vezes, a cultura médica tradicional e a resistência a mudanças podem ser obstáculos para a implementação do AA;

- Falta de treinamento adequado: É importante que os profissionais de saúde tenham o treinamento necessário para implementar e usar tecnologias avançadas de forma eficaz;
- Integração com sistemas existentes: Pode ser desafiador integrar novos sistemas de AA com sistemas de saúde existentes, especialmente se eles não forem compatíveis;
- Questões de privacidade e segurança de dados: A implementação do AA pode exigir uma gestão cuidadosa de informações sensíveis dos usuários, incluindo questões de privacidade e segurança de dados.

Embora haja tais dificuldades, o modelo AA parece ser o mais promissor por reduzir a demanda reprimida de atendimentos, reduzir o absenteísmo, e assim, ampliar o acesso aos usuários para que o atendimento seja no momento mais oportuno, em geral, no mesmo dia (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).

O estudo de Breton et al. (2022) no Canadá, revisou a proposta inicial de Murray e Tantau, e definiu cinco pilares do modelo de AA, utilizando uma abordagem multimetodológica:

1. Equilibrar oferta e demanda;
2. Reduzir a fila de consultas agendadas anteriormente;
3. Revisar o sistema de agendamento;
4. Integrar prática interprofissional;
5. Desenvolver planos de contingência.

Oliveira e Fracolli (2023) ilustraram estes pilares a partir do estudo de Breton et al. (2022) através de um infográfico que representa a necessidade de compreensão destes pilares com uma perspectiva cíclica. Esta estrutura justifica-se pela própria dinâmica da APS onde o território pode sofrer alterações, assim como as características dos usuários (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023).



FONTE: (OLIVEIRA; FRACOLLI, 2023)

Segundo Breton et al. (2022), o acesso é considerado a “pedra angular” de uma forte APS. Eles defendem neste sentido, uma maior acessibilidade ligada à continuidade relacional e informacional dos usuários com a equipe multidisciplinar. E destacam que o modelo de AA visa garantir que os usuários obtenham acesso a serviços de saúde em um momento e data convenientes para eles, independentemente da urgência da demanda.

Muitos países que implementaram AA em suas organizações e práticas expressaram a necessidade de compreender melhor o modelo adaptado em sua prática. Nesta perspectiva, mudanças nas práticas da APS exigem revisões no modelo de AA para adaptá-lo ao contexto contemporâneo (SOARES; JUNQUEIRA, 2022).

O estudo de Oliveira e Fracolli (2023) relata através de uma *scoping review* as estratégias colaborativas para implantação do modelo AA através

da organização dos fluxos, propostas de estruturação, organização ou implementação de práticas e ações estratégicas. Entre elas, destacam-se:

- reorganização das demandas de vacina;
- o estabelecimento das redes de cuidado nos serviços de atenção disponíveis para proporcionar acesso;
- a reorganização da agenda dos profissionais e a consulta compartilhada;
- a garantia da demanda aos usuários sintomáticos respiratórios pela COVID-19;
- o acesso à rede de referência e continuidade informacional;
- o estabelecimento de fluxo recepção-arquivo-consultório;
- os atendimentos de urgência e visitas devem ser mantidos mesmo na ausência do profissional responsável;
- a melhoria ao acesso dos cuidados primários em saúde através da parceria entre serviços da APS, comunidade e o hospital;
- *open access* (Acesso aberto);
- *book on the day* (as vagas de consultas vão sendo preenchidas por telefone, quando a capacidade diária total é atingida as pessoas são orientadas a ligarem no dia seguinte);
- *supersaturate* (consultas são agendadas de acordo com a demanda do usuário);
- *carve-out* (reserva uma parte de sua capacidade diária para consultas concernentes às questões agudas);
- padronização das agendas: inicialmente 50/50, ao final 75 para demanda espontânea e 25% para programadas;
- a ampliação da oferta de serviços;
- o acolhimento por equipe;
- sistema de cores que identifica o tipo de consulta: emergência, acompanhamento ou outras condições;
- atender a demanda do usuário da maneira que eles escolherem para acessar o serviço de saúde, seja por telefone ou pessoalmente;

- estimar na agenda horários para consultas o mesmo dia;
- adequar a capacidade à demanda.

Segundo Maldonato, Marques e Cruz (2016) a telemedicina também está se tornando uma ferramenta importante para ampliar o acesso à saúde, especialmente em áreas remotas onde a presença de médicos é limitada. Além disso, conforme destacam Oliveira e colaboradores (2022), o aumento da tecnologia e da informação está permitindo que as pessoas tenham mais informações e recursos para cuidar de sua saúde. A tecnologia da informação pode ser usada para melhorar a eficiência do sistema de saúde e facilitar o acesso à informação sobre saúde para a população.

É fundamental que haja o estabelecimento de políticas públicas que garantam o acesso à saúde de forma equitativa e acessível é fundamental para ampliar o acesso à saúde. Assim como o investimento em infraestrutura, a valorização dos profissionais de saúde para garantir que haja profissionais capacitados disponíveis e motivados para atender à população (MENDES, 2019). Outro destaque é a educação em saúde para a população pois esta é importante para promover hábitos saudáveis e prevenir doenças, além de aumentar a conscientização sobre a importância da saúde e do acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Todas estas ferramentas podem ser combinadas de forma a maximizar seus efeitos positivos e ampliar o acesso à saúde. No entanto, a autonomia da equipe multidisciplinar na APS é um aspecto fundamental para garantir uma atenção de qualidade aos usuários. Esta permite que os profissionais tomem decisões de forma independente, fomentem em seus conhecimentos e habilidades, e possam trabalhar de forma colaborativa para oferecer a melhor assistência possível aos usuários. Isso significa que eles podem identificar problemas de saúde e tomar decisões com base nas necessidades locais da sua população ou individuais de cada sujeito (MARCHI; SZTAJN, 2009). Desta forma estes profissionais mantêm uma atenção mais eficiente e resolutiva, pois eles podem trabalhar juntos para resolver questões simples e complexas de saúde.

CONSIDERAÇÕES

O acesso à saúde no Brasil apresenta desafios complexos, como a falta de recursos financeiros, as características geográficas, a falta de profissionais capacitados, a falta de infraestrutura adequada. Entre outros. No entanto, existem também muitas potencialidades para melhorar a situação, como a implementação de políticas públicas eficientes, a utilização de tecnologias e processo de trabalho adequados na atenção básica e a valorização dos profissionais de saúde.

Para alcançar um panorama positivo no acesso à saúde no Brasil, é necessário o empenho de todos os setores da sociedade, investimento em soluções duradouras e inclusivas e principalmente a autonomia da equipe multiprofissional. Esta última pode ser considerada a mais importante ação para garantir uma atenção à saúde de qualidade, eficiente e integrada aos usuários, e para promover a colaboração entre profissionais de diferentes áreas da saúde.

O modelo AA na APS é hoje uma estratégia fundamental para garantir que a população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, eficientes e resolutivos. Com o AA, as equipes multidisciplinares têm a capacidade de oferecer uma assistência integrada, longitudinal e passível de resolver problemas complexos de saúde, o que ajuda a prevenir doenças e garantir recuperação a contento. Além disso, o modelo de AA permite que os usuários sejam tratados de forma oportuna e eficiente, prevenindo complicações e reduzindo o absenteísmo nos serviços.

A implementação do AA exige um esforço conjunto de todos os setores envolvidos, incluindo o governo, as organizações de saúde e a sociedade em geral, para garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRETON, M. et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. **CMAJ Open**. Sep 6;10(3):E799-E806, 2022.

FARIA, M.; CAMARGO, M.; AGUILLAR, A. **Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família**. Estudo Institucional nº 8 . 28 de novembro de 2022, atualizado em 12 de janeiro de 2023.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. Ciênc. saúde coletiva, 2007 12(3), maio 2007.

MALDONADO, J. M. S. DE V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. Cad. Saúde Pública, 2016 32 suppl 2, 2016.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. p. 869, 2019.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family practice management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000.

OLIVEIRA, L. G. F. ; SILVA, M. R. da .; SILVA, J. L. A. da. Construction of the PEC-URE educational technology: training in urgency and emergency for the Family Health Strategy. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e31411528429, 2022.

OLIVEIRA, L.G.F.; FRACOLLI, L.A. Estratégias colaborativas para implementação de acesso avançado: uma revisão de escopo. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 296, p. 185-213, 2023.

OLIVEIRA, L.G.F.; FRACOLLI, L. A. **Acesso avançado na prática: guia com estratégias colaborativas para implantação do modelo**. Larayne Gallo Farias Oliveira, Lislaine Aparecida Fracoli. São Paulo: EE/USP, 22 p., 2023.

REZENDE, A. A. B. et al. Distribuição da COVID-19 e dos recursos de saúde na Amazônia Legal: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. Ciênc. saúde coletiva, 2023 28(1), jan. 2023.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. DE B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 1, **Rev. bras. educ. med.**, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VIEGAS, S. M. DA F. et al. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), 2021.

¹ Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³ Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/7854897261723487>

⁴ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

⁵ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

⁶ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>