

Diretrizes públicas brasileiras e acesso aos serviços de saúde: uma reflexão bioética

Brazilian public policies and access to health services: bioethics reflection

Cleine Almeida Oliveira Andrade¹
Daniel de Melo Freitas²
Júlia Duarte Costa³
Simone de Melo Costa¹

¹ Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

² Faculdades Santo Agostinho - FASA.

³ Universidade Severino Sombra - USS.

Autor para correspondência:

Simone de Melo Costa
Rua Dr. Walmor de Paula, 27, Vila Regina
Montes Claros, MG, Brasil
CEP: 39400-198
E-mail: smelocosta@gmail.com

Resumo: O estudo objetivou analisar as diretrizes públicas brasileiras em relação ao acesso aos serviços de saúde. **Método:** Adotou-se como método a pesquisa documental pela análise de 10 diretrizes. Foram destacados os propósitos das diretrizes, seguido da quantificação de aparições do termo ‘acesso’ nos textos, analisado o sentido desse termo com reflexão bioética e discussão com a literatura. **Resultados:** Após a Constituição, novas diretrizes se fizeram necessárias para reduzir desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde pública. Entre os dificultadores de acesso, consideram-se as características individuais e socioeconômicas dos grupos populacionais, as fragilidades na oferta e organização dos serviços e, as diferenças regionais, que reforçam a exclusão de determinados grupos. **Conclusão:** As diretrizes nacionais destacam o acesso aos serviços de saúde, com vistas à redução das desigualdades identificadas na população brasileira.

Descritores: Sistemas de Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; Política pública.



Abstract: The aim of the study was to analyze Brazilian public policies regarding the access to health services. **Method:** Documentary research was chosen as method by the analysis of 10 guidelines. The purposes of the guidelines were highlighted, followed by the number of the term 'access' in the texts, complemented by the analysis of the meaning of this term, with bioethical reflection and discussion of the data with the literature. **Result:** After the promulgation of the Constitution, new guidelines were made necessary to reduce access inequalities and use of public health services. Among the obstacles of access, we consider the individual and socioeconomic characteristics of the population groups, the weaknesses in supplying and organizing services, and regional differences, which reinforce the exclusion of certain groups. **Conclusion:** The national guidelines emphasize access to health services aiming at reducing inequalities identified in the Brazilian population.

Descriptors: Health Systems; Health Services Accessibility; Unified Health System; Public Policy.

Introdução

O acesso à saúde pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar nos serviços de saúde. Essas possibilidades estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, disponibilidade de horários e dias de atendimento, bem como a possibilidade de atendimento em consultas não agendadas. Assim, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pública podem ser atribuídas às restrições ao número de vagas para consultas, ao horário de funcionamento, à indefinição dos critérios de urgência, ao agendamento de consultas inadequadas segundo a realidade do usuário, à demora na obtenção do atendimento, às filas de madrugada e também à desorganização do sistema referência e contrarreferência, além do aspecto geográfico⁽¹⁾ e da capacitação técnica dos profissionais e como esses têm se responsabilizado pelos problemas de saúde da população. Se o atendimento à saúde fosse dividido em fases, o acesso aos serviços seria a primeira fase a ser superada pelo usuário⁽²⁾.

No Brasil, ainda não foram implantadas estratégias para os diferentes níveis da atenção à saúde de modo integrado e contínuo. Investimentos e intervenções direcionados para o Sistema Único de Saúde - SUS não deram conta de suprir todas as necessidades das populações⁽³⁾, mesmo após garantido o direito à saúde aos cidadãos brasileiros na Constituição de 1988⁽⁴⁾. Essa Constituição representou o início de um histórico de novas diretrizes públicas brasileiras direcionadas para grupos específicos, tais como crianças e adolescentes, mulheres, homens, idosos e trabalhadores.

Neste sentido, considera-se importante provocar uma reflexão bioética a partir da análise de documentos promulgados pelo governo brasileiro, contendo diretrizes gerais para operacionalização do gestor de saúde quanto ao acesso aos serviços de saúde, uma vez que a saúde é direito

constitucional. O objetivo deste artigo foi analisar as diretrizes públicas brasileiras em relação ao acesso aos serviços de saúde.

Método

Trata-se de pesquisa documental, embasada nas diretrizes públicas brasileiras. Foram selecionadas dez diretrizes que tratam de políticas públicas na área da saúde, com abrangência nacional. A Constituição brasileira foi inserida por representar a carta magna. Em adição, buscou-se contemplar diretrizes direcionadas para a população em geral, com especificidades para os ciclos de vida, gêneros e política direcionada aos trabalhadores: infância, adolescência, idoso, mulher, homem e trabalhadores. Também foram incorporadas as políticas pensadas para a atenção básica e humanização dos pontos de atenção da rede do Sistema Único de Saúde - SUS e para as situações de urgências. A Política de Saúde Bucal foi adotada por considerar que a doença cárie dentária tem alta prevalência na população brasileira e caracteriza-se como um problema de saúde pública no Brasil.

As políticas direcionadas para públicos alvo com determinada especificidade, por exemplos, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Saúde Indígena e Política Nacional de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais não foram contempladas neste estudo. Nesse sentido, a justificativa para seleção das 10 diretrizes, destacadas anteriormente, se fundamenta no seguinte: são aplicadas a todo e qualquer cidadão brasileiro, independente de especificidades de qualquer natureza como etnia, condição de saúde e orientação sexual.

Avaliaram-se os seguintes documentos em ordem cronológica: Constituição da República Federativa do Brasil⁽⁴⁾; Estatuto da Criança e do Adolescente⁽⁵⁾; Política Nacional do Idoso⁽⁶⁾; Política Nacional de Saúde Bucal⁽⁷⁾; Política Nacional de Atenção às Urgências⁽⁸⁾; Política Nacional de Humanização⁽⁹⁾; Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher⁽¹⁰⁾; Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem⁽¹¹⁾; Política Nacional de Atenção Básica⁽¹²⁾ e a Política Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador e Trabalhadora⁽¹³⁾. Os documentos foram lidos exaustivamente e na íntegra e investigadas as seguintes variáveis: propósito central de cada diretriz nacional, ano de promulgação, seguida da quantificação de aparições do termo “acesso” no texto de cada política, sentidos da palavra acesso no contexto textual e número de palavras com o sentido “acesso aos serviços de saúde”. Os recortes nos documentos foram efetuados para posterior análise do sentido do termo “acesso” no contexto textual, com destaque para “acesso aos serviços de saúde”. Após a análise documental realizou-se a revisão de literatura narrativa para discussão dos dados e reflexão bioética.

Resultados

As dez diretrizes revisadas foram promulgadas entre 1988 a 2012. O propósito central de cada documento se encontra sintetizado no quadro 1.

Quadro 1 - Diretriz nacional e respectivo ano de publicação e propósito central.

Documento	Ano	Propósito central
Constituição da República Federativa do Brasil	1988	Construção de uma sociedade livre, justa e solidária garantindo um desenvolvimento nacional com intuito de erradicar a pobreza e marginalização a fim de reduzir as desigualdades sociais e regionais. Além disso, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.
Estatuto da Criança e do Adolescente	1990	Proteção integral à criança e ao adolescente.
Política Nacional do Idoso	1994	Assegurar o direito social às pessoas maiores de sessenta anos de idade promovendo a autonomia, integração e participação na sociedade, de forma efetiva.
Política Nacional de Saúde Bucal	2003	Reorganização da prática e qualificação de ações e dos serviços, integrando ações em saúde bucal para pessoas de qualquer idade, ampliando o acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde-SUS.
Política Nacional de Atenção às Urgências	2003	Suprimento das necessidades de implantação e implementação do processo de regulação de atenção às situações de urgências, da estruturação da rede de serviços regionais e hierarquizada, de cuidados integrais às condições de urgências, e garantir a referência regulada para os usuários que receberam o atendimento inicial e necessitam de cuidados em outros níveis de atenção à saúde.
Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher	2004	Promoção de melhores condições de vida e saúde das mulheres, garantindo os direitos constituídos e ampliando o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde no território brasileiro; reduzir a morbidade e mortalidade, especialmente por causas evitáveis, em todas as idades e grupos populacionais e, aumentar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher na rede do SUS.
Política Nacional de Humanização	2004	Efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas entre gestores,

		trabalhadores e usuários dos serviços de saúde para produção de saúde e de sujeitos.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	2009	Melhoramento das condições de saúde dos homens, contribuindo para reduzir a morbidade e mortalidade pelo enfrentamento de fatores de risco e ampliação do acesso, ações e serviços de assistência integral à saúde da população masculina brasileira.
Política Nacional de Atenção Básica	De 2006 e revista em 2011	Revisar as diretrizes e normas para organizar a Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família-ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS.
Política de Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora	2012	Definição dos princípios, diretrizes e estratégias de gestão do SUS para desenvolver a atenção integral à saúde, enfatizando vigilância, promoção e proteção da saúde e reduzindo a morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos dos trabalhadores.

A Constituição de 1988 teve como objetivo instituir um Estado destinado a assegurar direitos sociais e individuais, liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça como valores supremos de uma sociedade sem preconceitos e comprometida com a solução pacífica das controvérsias. A palavra acesso aparece 15 vezes, com destaque em duas aparições para o sentido acesso aos serviços de saúde, na seção II- Da Saúde, o reconhecimento que saúde é direito de todo brasileiro e dever do Estado, por meio de políticas públicas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecer e que garantam o acesso universal e igualitário a ações e serviços de diferentes naturezas, como de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Nas outras partes do documento aparece a palavra acesso para o contexto de informação, acesso gratuito à rádio e televisão, à cultura, à educação, à ciência, e a todos os instrumentos do mercado financeiro bancário. Também, destaca-se para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos e o acesso adequado às construções e aos transportes públicos (Quadro 2).

Quadro 2 - Diretriz brasileira, quantificação da palavra acesso no texto, sentidos e acesso aos serviços de saúde.

Política/ Ano	Nº de palavras “acesso”	Sentidos da palavra acesso no texto	Nº de palavras acesso no sentido “acesso aos serviços de saúde”
Constituição da república federativa do Brasil 1988	15	-Acesso aos serviços de saúde -Acesso à informação, cultura, educação, ciência, instrumentos do mercado financeiro bancário e escola.	2- garantir o acesso aos serviços de saúde

Estatuto da criança e do adolescente 1990	26	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso à adoção, escola pública, educação, fontes de cultura, espetáculos artísticos, diversões, informações, objetos de higiene, meios de comunicação social,	2- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional do idoso 1994	9	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso às informações, bens patrimoniais, educação, cultura, habitação e transporte público.	1- dificuldade para o acesso aos serviços de saúde
Política nacional de saúde bucal 2003	15	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso à água tratada e fluoretada.	1- dificuldade para o acesso 12- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional de atenção às urgências 2003	39	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso a leitos, informações e transporte adequado. -Acesso ao paciente e aos locais difíceis. -Acesso à Central de Regulação de Urgências e Emergências por telefone gratuito. -Maleta de acesso venoso.	23- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional da saúde da mulher 2004	39	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso à informação e aos espaços de decisão política e econômica. -Acesso a terra, renda, crédito, tecnologias e políticas públicas.	15- dificuldade para o acesso 5- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional de humanização 2004	6	-Acesso aos serviços de saúde	6- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional de atenção integral à saúde do homem 2009	12	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso às informações e armas de fogo.	2- dificuldades para o acesso 7- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional de atenção básica 2011	21	-Acesso aos serviços de saúde públicos	21- garantir o acesso aos serviços de saúde
Política nacional à saúde do trabalhador e trabalhadora 2012	13	-Acesso aos serviços de saúde. -Acesso às bases de dados e informações.	4- garantir o acesso aos serviços de saúde

O Estatuto da Criança e do Adolescente objetivou dispor sobre a proteção integral à criança e ao adolescente (Quadro 1). Para efeitos legais, o termo criança se refere à pessoa com até doze anos de idade incompletos, e adolescentes entre doze e dezoito anos de idade. A palavra acesso aparece vinte e seis vezes, e foi destacado o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde em

duas aparições. A maior parte de citação do termo se refere ao acesso à adoção, à educação, às fontes de cultura, às diversões e espetáculos públicos, aos objetos de higiene e meios de comunicação social, à defensoria pública, Ministério público e Poder Judiciário e às informações (Quadro 2).

A Política Nacional do Idoso se refere às pessoas maiores de sessenta anos de idade e tem como objetivo assegurar os seus direitos sociais (Quadro 1). O documento apresenta nove vezes a palavra acesso. Contudo, para tratar do acesso aos serviços de saúde, o termo foi mencionado apenas uma única vez, quando se refere que estudos demonstraram que os idosos pobres têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O acesso foi destacado para informações, a bens patrimoniais, à educação, à habitação, à cultura e ao transporte público (Quadro 2).

A Política Nacional de Saúde Bucal destaca em seu principal objetivo ampliar o acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde-SUS (Quadro 1). A palavra acesso aparece 15 vezes, sendo utilizado 13 vezes para destacar a ampliação e qualificação do acesso aos serviços na atenção básica e nos níveis especializados para qualquer brasileiro. A ampliação do acesso prevê linhas de cuidado pelas especificidades próprias da idade e por condição de vida, mulheres, trabalhadores, portadores de deficiências, hipertensos, diabéticos e outros. Para melhorar o acesso aos serviços odontológicos sugere-se organizar grupos, planejar agendas, utilizar tecnologias inovadoras como o tratamento restaurador atraumático- ART e organizar grupos de trabalhos, por exemplo, grupo de idosos. A palavra acesso também se refere à água tratada e fluoretada (Quadro 2).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher destaca entre seus objetivos a garantia dos direitos constituídos e ampliação do acesso aos serviços de saúde (Quadro 1). Os grupos populacionais a que se refere são mulheres negras, indígenas, das áreas urbanas e rurais, e residentes em lugares de difícil acesso. A palavra acesso aparece trinta e nove vezes ao longo do texto, inclusive no sentido de garantir o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, estendendo as ações às mulheres no climatério, com doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV, ou com AIDS e presidiárias. Grande parte do texto utiliza a palavra acesso para descrever a redução do acesso aos serviços de saúde por parte de afrodescendentes, lésbicas, pessoas com condição socioeconômica ruim, residentes na zona rural, mulheres com HIV/AIDS e àquelas em situação de violência. Também tratou da necessidade de acesso à informação e aos espaços de decisão política e econômica. E às mulheres residentes na zona rural destacou as restrições de acesso a terra, renda, crédito, tecnologias e políticas públicas (Quadro 2).

A Política Nacional de Atenção às Urgências destaca no seu objetivo garantir a referência regulada para os usuários que receberam o atendimento inicial e necessitam de cuidados em outros níveis de atenção à saúde (Quadro 1). A palavra acesso aparece trinta e nove vezes. Entre os sentidos do termo destaca-se a necessidade de garantir o acesso aos meios adicionais de atenção aos pacientes em situação de urgência e emergência, e que esse acesso seja universal e com equidade, por exemplo,

aos leitos e a ações promocionais da saúde pela contra referência à ESF. O termo acesso aparece relacionado às informações, ao transporte adequado dos profissionais aos locais de difícil acesso e se refere aos instrumentos da ambulância de suporte avançado (Quadro 2).

A Política Nacional de Humanização tem como proposta efetivar os princípios do SUS (Quadro 1). A palavra acesso aparece seis vezes e todas se referindo ao acesso aos serviços de saúde, na ampliação do acesso em todos os três níveis de atenção com adoção de protocolos de referência e contra referência (Quadro 2).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa à ampliação do acesso aos serviços de assistência integral à saúde dos homens (Quadro 1). A palavra acesso aparece doze vezes no texto do documento se referindo às dificuldades dos homens em agendar consultas e às barreiras sociais, culturais e institucionais para promover o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde. A garantia do acesso aos serviços da atenção básica e dos serviços de média e alta complexidade consta nessa Política. A palavra acesso foi utilizada também para mencionar a ampliação do acesso às informações de medidas de prevenção dos agravos e doenças pela educação dos homens. E também, utilizou-se a palavra para destacar o envolvimento de homens em episódios de violência pelo maior acesso às armas de fogo (Quadro 2).

A Política Nacional de Atenção Básica- PNAB, de 2011, teve como propósito central revisar as diretrizes e normas para organizar a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família- ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (Quadro 1). Ela reconhece que, no Brasil, a atenção básica-AB deve ser o primeiro contato e a porta de entrada na rede do Sistema Único de Saúde- SUS, tendo o papel de coordenar os serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde. A PNAB considera os dois termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde como equivalentes. A política reconhece diversos formatos de equipes de Saúde da Família -ESF, e inclui a equipe de Atenção Básica- EAB para os moradores de rua (Consultórios na rua), amplia o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, facilita a criação das Unidades Básicas de Saúde-UBS Fluviais e ESF para as comunidades Ribeirinhas. Ela articula a atenção básica e ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde: expansão do Programa Saúde na Escola-PSE às creches, ampliação dos pólos da Academia da Saúde, organização de equipes do Melhor em Casa para aumentar as ações da atenção domiciliar e integração com o TelesSaúde para melhorar a informação e resolubilidade da atenção básica e a referência para outros níveis.

O documento que legisla a PNAB apresenta 21 aparições da palavra “acesso”, sendo todas elas no sentido de acesso aos serviços públicos de saúde. Assim, o termo foi utilizado se referindo às Unidades Básicas de Saúde que devem garantir e ampliar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, acesso universal e contínuo, sendo a AB a reguladora do acesso aos outros pontos de atenção à saúde, ela garante acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, e aumenta o acesso pela organização do

processo de trabalho inclusive para os moradores de rua e população ribeirinha. Em adição, menciona o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ, financiado pelo governo federal, para avaliar qualidade do cuidado e acesso aos serviços de saúde dos municípios, atrelando melhores resultados a maiores recursos para melhorar os serviços (Quadro 2).

A Política de Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora visou reduzir a morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos dos trabalhadores (Quadro 1). A palavra acesso aparece treze vezes e entre os sentidos destaca-se o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para promover, proteger e recuperar a saúde. O acesso a dados e informações pertinentes à saúde dos trabalhadores também foi destacado (Quadro 2).

Discussão

A palavra “acesso” aparece em todos os documentos avaliados, sendo mais prevalente na Política Nacional da Saúde da Mulher e na Política Nacional de Atenção às Urgências. Contudo, no sentido de acesso aos serviços de saúde destaca-se a maior frequência na Política Nacional de Atenção às Urgências (23 vezes) e na PNAB (21 vezes). Nesses dois documentos todos os termos foram adotados para garantir e ampliar os serviços de atenção à saúde dos brasileiros.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher foi justificada pelas dificuldades das mulheres ao acesso aos serviços de saúde, seja pela questão étnica, ou de opção sexual ou pelas piores condições sociais e econômicas, ou da zona rural, ou com doença sexualmente transmissível e para as mulheres violentadas.

Mesmo com as dificuldades de grupos femininos para o acesso aos serviços de saúde, a literatura destaca maior acesso na população feminina em relação aos homens⁽¹⁴⁾. A Política de saúde direcionada aos homens surgiu cinco anos após a Política de saúde da mulher e apresenta fundamental importância, pois aponta a falta de procura dos serviços de saúde pelos homens.

Entre as causas se encontra os valores subjetivos como: a incompatibilidade da demonstração de fraqueza e medo com a masculinidade, o papel histórico de que homem não pode adoecer porque tem que sustentar a família, a falta de identificação masculina com os serviços de saúde devido às ações preventivas dirigidas quase que exclusivamente para mulheres, aos horários de atendimento que não beneficiam os trabalhadores, e utilização prioritária das farmácias ou dos prontos-socorros por responder mais objetivamente às suas demandas⁽¹⁴⁾.

A Política Nacional do Idoso destaca as dificuldades encontradas pelos idosos mais pobres quanto ao acesso aos serviços de saúde. Argumenta como causa mais importante a pobreza, assim como a miséria das famílias que não apresentam condições de dar o apoio necessário. O documento

se refere à violência estrutural proveniente da desigualdade social que torna vítimas os idosos carentes.

No Brasil, pessoas que se encaixam nos grupos de renda mais baixa procuram menos os serviços de saúde ou apresentam menor probabilidade de usá-los. A menor demanda dessas pessoas, muitas vezes, não é por falta de necessidade, mas por dificuldade de acesso⁽¹⁵⁾. As pessoas que apresentam maiores necessidades de saúde são justamente aquelas com maiores dificuldades de acessar e utilizar os serviços. E, quando os acessam, os mais pobres tendem a procurar os serviços por problemas de doença, e não para prevenção ou exames de rotina, como as pessoas de poder aquisitivo⁽¹⁶⁾. Há iniquidades no acesso ao sistema de saúde pública. Fato associado à desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas populacionais, amparada na dificuldade dos profissionais em escutar as necessidades de saúde da população⁽¹⁷⁾.

A Política do Idoso, apesar de destacar a dificuldade de acesso aos serviços não explicita a garantia do acesso aos serviços de saúde como garantido ao mesmo público na Política Nacional de Saúde Bucal⁽⁷⁾. Na PNSB todos os ciclos de vida foram mencionados, saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, além de preocupar-se com a atenção adequada, conforme condição de vida, saúde da mulher, pessoas com necessidades especiais e com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Na Política de saúde bucal destaca-se a necessidade de investir na diversidade de procedimentos odontológicos a fim de ampliar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde bucal.

Há uma oferta insuficiente de serviços de saúde bucal no SUS, inclusive para população idosa que, historicamente, representa uma demanda reprimida e que só tende ao aumento das necessidades de saúde com o envelhecimento populacional. O SUS oferece acesso excludente, seletivo e focalizado, e que não são objetos de análise⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A saúde bucal é de extrema importância na qualidade de vida de todos os indivíduos. A odontologia tem evoluído de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença. Repercussões nessa mudança de atitude fazem com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar e/ou diminuir as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população⁽²⁰⁾.

Destaca-se, ainda, entre os idosos e portadores de doenças crônicas, a necessidade de atendimento domiciliar, considerando as barreiras físicas e de dependências de outras pessoas para se deslocarem para a unidade de saúde⁽¹⁸⁾. A preocupação com o acesso geográfico foi mencionada na PNAB ao esclarecer que municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem escolher seus arranjos de organização da Saúde da Família, como Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas- ESFR, cujo acesso seria pelo meio fluvial. Isso demonstra a consideração de especificidades locais e busca

de alternativas para o adequado acesso aos serviços de saúde, vencendo as barreiras físicas geográficas. A discussão também estende para a inclusão dos moradores de rua nos serviços de saúde.

Ainda no aspecto geográfico, em uma pesquisa realizada no Serviço de Atenção à AIDS em Salvador, constatou-se que a distância geográfica dos serviços de saúde é um dos fatores a ser considerado quando o tema é acesso à assistência, além do sistema de transporte público urbano precário⁽²¹⁾. Na discussão acerca do acesso geográfico, pelo meio fluvial, estudo com pescadores demonstrou desconhecimento quanto ao direito à saúde, tendo como um dos fatores para essa desinformação o baixo nível de escolaridade dos mesmos⁽²²⁾.

Também, na PNAB explicita-se a necessidade de organizar o processo de trabalho das equipes de atenção básica, agendas, horários de trabalho dos profissionais e de funcionamento das Unidades de Saúde. E refere-se que a programação da agenda de trabalho deve ser compartilhada entre a equipe de saúde, evitando dividir os horários da agenda por ciclos de vida, sexo, patologias, que podem dificultar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, um estudo realizado em município de Minas Gerais identificou fragilidades na construção da agenda de atendimento clínico, no âmbito da saúde da família, a partir da visão de 95 profissionais. Constatou-se que a organização da agenda clínica foi classificada em “moderadamente ou pouco organizada” para quase metade dos participantes. Na atenção primária valoriza-se o aspecto quantitativo, que impacta negativamente no bom funcionamento e organização da agenda de trabalho na saúde da família⁽²³⁾.

Deve-se destacar o esforço do Ministério da Saúde na implantação de Programas, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade- PMAQ para monitorar e avaliar a atenção básica nos quesitos acesso e qualificação do serviço da atenção à saúde da população. Equipes e gestão municipal que alcançam melhores resultados recebem incentivos financeiros para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados na atenção básica. Aos homens, às mulheres e aos trabalhadores garantiu-se acesso aos serviços de saúde na atenção básica e nos serviços especializados de atenção secundária e terciária.

O acesso aos serviços, em todos os níveis de atenção, foi previsto também na Política Nacional de Humanização. Apesar de nem todos os documentos garantirem, explicitamente, o acesso à atenção integral, deve-se considerar que a Constituição Brasileira garante aos brasileiros o direito à saúde e o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços nessa área.

O Estado ainda não conseguiu proporcionar à população acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, o que acarreta prejuízos socioeconômicos aos usuários. Dessa forma, há contradição entre o previsto no SUS e o que realmente acontece no cotidiano dos serviços, sendo o direito à saúde ainda fato negligenciado⁽²²⁾.

Na urgência e emergência, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) contribui para o acesso universal aos serviços médicos. Ele envolve toda uma logística necessária para o atendimento, como regulação dos leitos, transporte adequado, apoio diagnóstico, divulgação do serviço, telefone gratuito para contato, entre outros. Há destaque na Política Nacional de Atenção às Urgências quanto ao acesso à vítima em locais de difícil ou impossibilidade de acesso. A contrarreferência para ESF é um ponto importante nessa Política, por prever o adequado seguimento da condição de saúde e participação das vítimas em ações de promoção de saúde. Também, na Política Nacional de Humanização foi previsto nos serviços de Urgência e Emergência, hospitalar ou na assistência pré-hospitalar, o acolhimento dos usuários para definir riscos e referenciar aos outros níveis de atenção à saúde.

Pesquisa conduzida com profissionais de saúde da família acerca dos encaminhamentos na rede do sistema de saúde pública concluiu que existe falha na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, com características de fragmentação do modelo de saúde pública. Dificuldades para o acesso nos níveis de média e alta complexidade foram apontadas, assim como falta de recondução para atenção primária⁽²⁴⁾. Apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, verificou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Desta forma, mantém-se o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, por limitação da assistência integral, e face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência⁽²⁵⁾.

Cabe refletir sobre o acesso à informação, observado nos textos da Constituição, ECA, Política do Idoso, da Mulher, do Homem, do Trabalhador e Urgência, pois ele aumenta a capacidade de mobilização da sociedade para melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde, principalmente por grupos excluídos de decisões políticas.

Conclusão

A Constituição brasileira de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, pela universalização da assistência, integralidade da atenção e equidade na oferta dos serviços, conforme as diferentes necessidades em saúde. Mesmo após a Constituição, ao longo dos anos, novas diretrizes se fizeram necessárias no Brasil para a operacionalização do gestor de saúde no processo de reduzir as desigualdades sociais no acesso e no uso dos serviços de saúde na rede SUS. Por meio da reflexão bioética destacam-se os problemas que dificultam o acesso aos serviços de saúde na Política do Idoso, na PNSB, na Política da Mulher e do Homem. A dificuldade de acesso aos serviços se relaciona com características individuais e socioeconômicas dos grupos populacionais; também, com as fragilidades na oferta e na organização da estrutura dos serviços e na influência das diferenças

regionais, demarcadas pelas desigualdades geográficas, que geram iniquidades na saúde, por reforçar a exclusão de determinados grupos.

Sabe-se que a falta de êxito no acesso à saúde não se esgota somente pela explicitação do termo nas diretrizes públicas brasileiras, por isso, sugere-se a educação da população quanto à informação e esclarecimento das políticas. Estratégia que poderá contribuir na promoção de mudanças positivas pelo empoderamento das pessoas em busca de uma cidadania ativa, maior suporte social, controle social e participação nas decisões políticas.

Referências

1. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009; 14(5): 1929-38.
2. Starfield B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. *Rev APS*, 2011; 14(3):289-95.
4. Brasil. Senado federal secretaria especial de informática. *Constituição da república federativa do Brasil*. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988.
5. Brasil. Lei nº 8.069/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Senado Federal, Brasília, 1990.
6. Brasil. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 jan. 1994.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências / Ministério da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo*

- norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
 13. Brasil. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012.
 14. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(3):565-74.
 15. Costa DJS. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(2):353-63.
 16. Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. Cienc. saúde coletiva, 2006; 11(4):987-98.

17. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010; 15(1):1009-19.
18. Louvison MCP. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4):733-40.
19. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(11):2865-75.
20. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(1):150-6.
21. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(2):S259-68.
22. Prosenewicz I, Gazilippi U. Acesso aos Serviços de Saúde, Condições de Saúde e Exposição aos Fatores de Risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saúde Soc.*, 2012; 21(1):219-31.
23. Costa SM, Medeiros AB, Dias ACA, Silva JR, Rodrigues CAQ, Leite MTS. Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. *Arq Odontol*, 2013; 49(2):66-74.
24. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e Contrarreferência na Saúde da Família: Percepção dos Profissionais de Saúde. *Rev. APS*, 2013; 16(3):287-93.
25. Souza ECF. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(Supl.): s100-s10.