

Acessibilidade a Serviços de Saúde

Augusto Afonso Guerra Júnior
Francisco de Assis Acirício

A partir de 1978, no âmbito da OMS, ocorreram discussões envolvendo as dimensões do acesso e a utilização dos serviços de saúde, mais especificamente, no tocante à questão conceitual. Visava-se construir indicadores que permitissem avaliar o acesso à saúde na atenção primária. A partir do documento final da Conferência OMS/UNICEF de Alma-Ata (1978) podem ser sistematizadas quatro dimensões no que se refere ao acesso aos serviços de saúde:

Acessibilidade Geográfica - variáveis que se relacionam com a localização dos serviços de saúde: distância, tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, dentre outros fatores;

Acessibilidade Econômica - variáveis que identificam o custo dos serviços. Estabelece que quaisquer que sejam as formas de pagamento adotadas, o custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e do sistema adotado no país;

Acessibilidade Cultural - variáveis que indicam a adequação das normas técnicas do serviço aos hábitos e costumes da população usuária;

Acessibilidade Funcional - variáveis que se relacionam com a disponibilidade contínua do tipo certo de cuidado, através da oferta de serviços oportunos e compatíveis com as necessidades da população (WHO, 1978).

As quatro dimensões apresentadas pela OMS, quando analisadas em conjunto, representariam a adequação e extensão do acesso da população à atenção primária de saúde.

Modelo de Penchansky e Thomas

Penchansky e Thomas (1981) também propuseram definir e avaliar a essência do acesso, por meio de dimensões específicas que visavam caracterizar o relacionamento entre os clientes e provedores da atenção à saúde. Neste modelo o acesso é dividido em cinco dimensões que expressam a interação entre clientes (usuários, pacientes ou consumidores) e os serviços de saúde. Nesta situação, o acesso seria um conceito variável que representaria o grau relativo de ajuste entre o usuário e o sistema. Assim, "existe acesso quando vários

fatores individuais, sociais e do sistema de saúde estiverem alinhados, otimamente, para um contexto particular". O modelo apresentado por Penchansky e Thomas (1981) foi sistematizado em cinco dimensões:

Disponibilidade: relação estabelecida entre o tipo de serviços e volume de recursos existentes em função das necessidades e volume de usuários;

Acessibilidade: relação estabelecida entre a localização do serviço e a localização dos usuários, levando em conta os recursos dos usuários de transporte, tempo de viagem, distância e custo;

Acomodação: relação estabelecida entre a maneira na qual os serviços são organizados para aceitar usuários, em termos de sistemas de marcação de consultas, horário de funcionamento, instalações apropriadas e do relacionamento paciente/provedor existente, em função da capacidade e percepção dos usuários em aceitar como apropriados o conjunto desses fatores;

Capacidade de pagamento: relação estabelecida entre o custo dos serviços e capacidade de pagamento do usuário ou cliente;

Aceitabilidade: relação estabelecida pelas atitudes dos usuários frente às práticas que caracterizam um serviço, tendo como referência outros serviços existentes aceitáveis para estes usuários;

Quando analisadas em conjunto, as cinco dimensões apresentadas por Penchansky e Thomas (1981), podem servir para avaliar a extensão do acesso a um serviço. Porém, se analisadas individualmente as dimensões seriam relativamente fracas como valores preditivos.

Nesta mesma linha de raciocínio, Hortale et al. (2000) concluem que por abranger situações tão distintas, o acesso não pode ser avaliado de forma unidimensional. É preciso verificar se todas as dimensões do acesso estão estrategicamente alinhadas, de forma a suprir necessidades da população, sem perder de vista as premissas da política de saúde.

Do ponto de vista do indivíduo, três dimensões apresentam particular importância, quando se discute o acesso a medicamentos: acessibilidade geográfica, disponibilidade e acessibilidade econômica. Em outras palavras, ter acesso aos medicamentos significa, sobretudo, que os produtos possam ser obtidos dentro de uma distância razoável (geograficamente acessível), que estejam prontamente disponíveis (disponibilidade contínua e adequada às

necessidades) nos serviços de saúde e que sejam economicamente acessíveis (capacidade de pagamento) (WHO, 2000a).

"Acessibilidade econômica"

Ao se analisar tanto o modelo conceitual da OMS (1978), quanto o proposto por Penchansky e Thomas (1981), verifica-se a importância de também se medir a acessibilidade do usuário aos serviços de saúde em termos econômicos. Com igual importância, observa-se a existência de peculiaridades em relação à construção de indicadores para realização de medidas nesta dimensão, já que em sistemas de saúde financiados por terceiros, o cliente pode ser o financiador e não necessariamente o paciente. Este fato é facilmente ilustrado, tomando-se como exemplo os planos de medicina empresarial, e até mesmo o SUS ao contratar prestadores privados para a rede, uma vez que, o cliente, para o prestador do serviço ou produto de saúde não seria o paciente e, sim a empresa contratante ou o gestor do SUS respectivamente.

Deste modo, "capacidade de pagamento" e "acessibilidade econômica" se referem à condição econômica do paciente ou consumidor, no entanto, para o modelo de atenção à saúde implantado no país com o SUS, estas variáveis deveriam estar relacionadas com o sistema, já que existe o direito à assistência terapêutica e farmacêutica integral. Observa-se, que apesar da existência do direito, ocorre indisponibilidade de medicamentos no SUS, o que leva os usuários a buscá-los em outras fontes, seja na rede privada, seja em ONG's ou instituições filantrópicas.

OBS.: Referências bibliográficas completas no Interativo Virtual, no site da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (www.smmfc.org.br)

sugestão cultural

* **Invasões Bárbaras x O preço de um resgate**. Assistir a esses dois filmes pode ser uma boa maneira de unir lazer cultural com reflexão sobre o tema da saúde pública, sob o ponto de vista de dois modelos diferentes adotados no chamado Primeiro Mundo. O primeiro filme questiona o modelo socializante do Canadá e o segundo o modelo privatista americano. E aí???

* Todas as primeiras quartas-feiras de cada mês tem reunião da diretoria da AMMFC na Associação Médica. Todos os associados são convidados. Na sequência, tem bate papo informal em outro local. Por enquanto, o roteiro é itinerante. Está lançado o desafio: uma sugestão que agrade a todos.

Pelas ruas e cadeias

Em 2002, Belo Horizonte foi pioneira ao lançar os Programas de Atenção à Saúde da População Carcerária e da População de Rua. Em outras capitais, como São Paulo, já existe hoje o atendimento aos moradores de rua, mas o atendimento prestado aos presos em dez cadeias da capital mineira continua inédito. E poderá ser adotado pelo Ministério da Saúde como modelo de referência para outras cidades brasileiras, conforme informa o sociólogo Valdecy Buzón, coordenador dos dois programas.. O resultado do trabalho empreendido por essas duas equipes de PSF mostra como é possível, através de um trabalho dedicado, corajoso e sensível na área da saúde, promover o retorno ao convívio social de pessoas que vivem das piores situações de exclusão social no país.



O dr. Cláudio, da equipe de população de rua, faz o acompanhamento de paciente após AVC

Médica e testemunha

Diariamente, a pediatra e médica de família Luciana Valadão, 34 anos, com o apoio de um enfermeiro, dois auxiliares e 6 agentes comunitários, sendo três deles da Pastoral Carcerária, visita duas cadeias públicas de Belo Horizonte, uma pela manhã e outra pela tarde, atendendo quinze detentos em cada uma delas.

Os consultórios são improvisados na própria carceragem. São feitos procedimentos como retirada de balas, abscessos e aplicações injetáveis. Existe controle dos casos de diabéticos, hipertensos, epiléticos e portadores de sofrimento mental. Mas noventa por cento dos atendimentos são queixas respiratórias (asma, pneumonia, gripes, febres, amigalite, otite), além de dor de dente, problemas de pele e DSTs.

Como os presos estão sendo tratados antes que a doença fique aguda, desde que o programa começou, em fevereiro de 2003, caiu em 80% o índice de encaminhamento hospitalar, eliminando danos à pessoa e diminuindo gastos para o Estado. Como a rotatividade é alta no sistema prisional, muitos pacientes são transferidos e não se sabe para onde. Para enviar prontuário, relatórios e não interromper o tratamento é uma dificuldade.

Outro problema é achar alguém que fique responsável por controlar a medicação, que pode ser usada como "moeda" de troca ou para dar efeito de droga. Sem falar nas condições das cadeias que favorecem a disseminação de várias doenças. "Não tem higiene nenhuma. Estamos tentando orientar quanto à cal na parede, limpeza com hipoclorito, o vaso é no chão e tem que jogar balde, o banho é com pouca água, a comida não é de boa qualidade. Tem rato, barata, é tudo escuro, sem ventilação e com muito mofo", revela.

Luciana revela, ainda que, é preciso manter um bom relacionamento com os policiais para levar o trabalho adiante e saber lidar com o fato de ser testemunha de diversas irregularidades. Também é necessário evitar se envolver com as questões judiciais, saber o que o preso fez, qual a pena, etc.

"Partimos do princípio de que todo ser humano tem direito à saúde, independente do que tenha feito. Temos que agir com profissionalismo, sem discriminar. E se não tratamos de todos, mapeamos a situação e fazemos denúncias. Só de sair da cela, respirar e conversar um pouco já é um alívio para os presos. Eles estão se tratando mais e manifestam vontade de mudar de vida lá fora. A maioria é jovem, de baixa escolaridade, sem referências familiares, valores, que não tiveram acesso às políticas sociais, entraram na droga e no tráfico. Muitos nem precisariam estar ali", desabafa.

De volta para casa

Eles não têm documentos, endereço fixo e pouco se sabe sobre a trajetória que os levou àquela situação. Mas se não existem para o censo, estão sendo reconhecidos e tratados pelo clínico geral e médico de família, Cláudio Candiani e sua equipe de PSF da População de Rua em Belo Horizonte – com enfermeira, dois auxiliares e quatro agentes comunitários – com apoio de odontologia, pediatria, ginecologia, assistência social, psicologia e psiquiatria, através de parcerias com outros centros de saúde, secretarias de governo e Ongs.

"Quando a gente acolhe, eles voltam melhores. Mais limpos, com mais auto-estima, se tratando direito, procuram as repúblicas e os albergues, e muitas vezes acabam resgatando os laços perdidos com as famílias, conseguindo serviços. À medida que criam vínculos com o tratamento, avançam muito na melhoria da saúde e da qualidade de vida.

O PSF é uma porta de acesso que eles estão tendo para a saúde e que acaba levando à reinserção social", afirma Cláudio.

Cerca de 30 pessoas são atendidas por dia no Centro de Saúde Carlos Chagas, na região central da cidade, área de maior concentração da população de rua. Os agentes comunitários estão sendo treinados para fazer visitas porque a demanda tem aumentado muito. "Apesar de não ter casa, eles têm território. Você sabe a área onde o paciente circula, a marquise onde ele dorme", explica Cláudio. Os mesmos problemas de saúde das populações de bairros e favelas se tornam mais graves para quem vive no limite da pobreza absoluta, sem lugar certo para viver e morar.

Eles envelhecem de forma mais precoce. Com trinta anos já têm hipertensão e problemas cardíacos. Por causa de brigas, aparecem com muito problema osteo-muscular, com cortes, pancadas e acidentes. São muitos casos de tuberculose, doenças de pele, alcoolismo, drogas, infecções respiratórias, ectoparasitas (piolho de corpo, sarna, etc), DSTs e os problemas mentais.

Embora a incidência de doença mental ainda seja alta, o morador de rua não é mais o louco de antigamente. Hoje, oitenta por cento dessa população é adulto desempregado, gente que entrou em rota de desagregação familiar, foi para a rua tentar sobreviver e acabou perdendo o contato. Cláudio disse que o trabalho começa por levar conhecimentos básicos de higiene e sexo seguro, tem adulto que nem sabe como usar camisi-nha. Depois é feito todo um mapeamento dos casos, para controle e medicação.

"No começo eu tinha muito essa angústia, medo de não saber como lidar, do paciente não voltar mais. Agora, a equipe já sabe que nosso trabalho é dar o atendimento de saúde que é de direito a todo cidadão e no mais é tentar desenvolver neles a auto-estima, a autonomia. O que nos dá ânimo é vê-los melhorando e caminhando para uma vida melhor", garante.

expediente

Presidente da AMMFC: Dr. Flávio Lúcio Gonçalves Coelho/ **Vice:** Dr. Rodrigo Pastor Alves Pereira/ **Diretoria:** Drs. Wilson Drummond Chagas - Andréa Faria de Magalhães - Leonardo C. M. Savassi - Raquel Resende Campos - Hércules de Pinho - Rodrigo Borato - Vinícius de Araújo Oliveira/ **Suplentes:** Drs. Daniel Dorneles de Freitas - Joana Lourenço Lage - Fábio Lentúlio Mota Filho/ **Jornalista Responsável:** Manoela Pastor / MG 03377-JP
Apoio: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais