



Acessibilidade da população de baixa renda à rede de serviços de urgência no Brasil

Accessibility of the low-income population to the emergency services network in Brazil

DOI: 10.55034/smr2n1-003

Recebimento dos originais: 05/01/2021

Aceitação para publicação: 05/06/2021

Rayane Pereira de Assis

Especialista em Urgência, Emergência e UTI
Faculdade Alpha

Diogenes José Gusmão Coutinho

Especialista em Educação especial e Inclusiva,
Doutor em Biologia pela UFPE Professor da Faculdade Alpha e Unibra – Centro universitário brasileiro

RESUMO

De acordo com a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a ampliação do acesso aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção constitui uma das diretrizes da rede de atenção às urgências. No entanto, ainda existem barreiras quando se trata da acessibilidade da população a esses serviços em diversas regiões do Brasil. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo conhecer as principais barreiras da acessibilidade da população de baixa renda a rede de serviços de urgência no Brasil. Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo descritiva, onde foi realizado um levantamento bibliográfico a partir das bases de dados LILACS, BDEFN via BVS e na SciELO. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, de forma gratuita, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, em um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. Percebe-se a importância de orientar a população de baixa renda quanto os tipos de atendimentos oferecidos pelos serviços de urgência e emergência, bem como em outros dispositivos da rede de saúde, a fim de proporcionar uma melhor assistência à população, evitar a superlotação nos hospitais e a peregrinação dos usuários em busca da assistência gratuita garantida pela legislação. Verifica-se a necessidade de se promover a alocação de maiores investimentos para estruturação do atendimento na rede básica, bem como a implantação de Unidades de Pronto Atendimento mais próximas as áreas onde vivem a população com renda mais baixa, além de se promover o esclarecimento da população e dos profissionais que atuam na saúde sobre as reais funções de um serviço de qualidade nas áreas de urgência e emergência.

Palavras-chave: política de saúde, acesso aos serviços de saúde, serviços médicos de emergência, enfermagem.



ABSTRACT

According to Ordinance No. 1,600 of July 7, 2011, the expansion of access to health services in all points of care is one of the guidelines of the emergency care network. However, there are still barriers when it comes to the accessibility of the population to these services in several regions of Brazil. In this sense, the study aimed to know the main barriers to accessibility of the low-income population to the network of emergency services in Brazil. This is a descriptive bibliographic review, where a bibliographic survey was conducted from lilacs, BDNF via VHL and SciELO databases. The Emergency And Emergency Care Network considers that care to users with acute conditions should be provided by all entrance doors of the Health Services of the SUS, free of charge, enabling the full resolution of the demand or transferring it, responsibly, to a service of greater complexity, in a hierarchical and regulated system, regional emergency care networks at increasing levels of complexity and accountability. It is perceived the importance of guiding the low-income population as to the types of care offered by emergency and emergency services, as well as in other devices of the health network, in order to provide better care to the population, avoid overcrowding in hospitals and the pilgrimage of users in search of free care guaranteed by legislation. It is verified the need to promote the allocation of greater investments for structuring care in the basic network, as well as the implementation of Emergency Care Units close to the areas where the population with lower income lives, in addition to promoting the clarification of the population and health professionals about the real functions of a quality service in the areas of urgency and emergency.

Keywords: health policy. access to health services. emergency medical services. nursing.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a ampliação do acesso aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção constitui uma das diretrizes da rede de atenção às urgências. Esse acesso deve ser humanizado e integral, e possível a quaisquer pessoas que se encontrem em situação de urgência ou de emergência. Por meio dessa Portaria, os serviços de urgência foram instituídos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para acesso e benefício de todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No entanto, ainda existem barreiras quando se trata da acessibilidade da população a esses serviços em diversas regiões do Brasil. Essas barreiras, como afirmam Figueiredo, Shimizu e Ramalho (2020), são tudo aquilo que se interpõe entre a população e seu acesso aos serviços de urgência no país. Para Campello et al. (2018), elas têm relação, principalmente, com as desigualdades no Brasil, que, atualmente, podem ser observadas além da perspectiva de renda.

Conforme Campello et al. (2018), ao analisar dados do Coeficiente de Gini,



uma medida de desigualdade desenvolvida pelo estatístico italiano Corrado Gini, o Brasil está entre os países mais desiguais do mundo. A mensuração de desigualdade mais conhecida dentro desse coeficiente é a concentração de renda. Nesse sentido, ao analisar a diferença entre os rendimentos da população brasileira mais pobre e a mais rica, pode ser percebida uma diferença relevante, diferença que impacta, também, no acesso aos serviços públicos da população mais pobre do país.

Almeida (2013) chama atenção para o fato de que a saúde pública não deve aceitar injustiças e desigualdades sociais, e sim garantir a todos os brasileiros o acesso universal, integral e equânime aos cuidados necessários de saúde. Porém, essa garantia ainda não foi alcançada. Silva, Matsuda e Waidman (2012) observam que, apesar da importância e da necessidade do trabalho da enfermagem em todos os segmentos da área da saúde, especialmente dos serviços de urgência e emergência, ainda há escassez desses serviços, afetando, principalmente, a população de baixa renda.

A relevância desse estudo está na apresentação de dados comprovados de que a desigualdade do ponto de vista da renda tem impacto direto no acesso da população a bens e serviços. Logo, espera-se com essa pesquisa conhecer as barreiras e os impactos da baixa renda da população na acessibilidade desses serviços e quais as principais regiões do Brasil que sofrem tais impactos.

Dessa forma, o estudo levantou o seguinte questionamento: “quais os impactos da desigualdade de renda no acesso da população brasileira aos serviços de urgência do país?” A partir dessa questão, o objetivo desse estudo é conhecer as principais barreiras da acessibilidade da população de baixa renda a rede de serviços de urgência no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo descritiva. A pesquisa bibliográfica não é repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas oportuniza o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem chegando a conclusões inovadoras (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Na segunda etapa, foi realizado um levantamento bibliográfico a partir das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual de



Saúde (BVS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando-se os termos descritores indexados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: “política de saúde, acesso aos serviços de saúde, serviços médicos de emergência e enfermagem”, onde estes, foram cruzados entre si, ou não, com a utilização do operador booleano AND.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra, sem restrição de período, nos idiomas português e inglês e que estivessem disponíveis na íntegra nas bases de dados. Foram excluídos os artigos que não atendiam ao objetivo da pesquisa, teses, dissertações e aqueles publicados em formato de resumo.

Seguiu, inicialmente, a leitura sistemática e criteriosa dos estudos selecionados, descrita pelos diversos estudiosos levando em consideração as evidências de suas descrições. Se utilizou o recurso básico da revisão sistemática para que o processo de tomada de decisões dos conteúdos a serem utilizados e a transcrição do percurso fosse embasado na literatura vigente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Ministério da Saúde no ano de 2003, elaborou a Política Nacional de Urgência e Emergência que visava estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. A partir da publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivou-se integrar a atenção às urgências. Nesse contexto, o nível intermediário de atenção em saúde passou a ser realizado pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências (BRASIL, 2017).

A atenção às urgências, possui alta demanda pelos serviços de pronto atendimento, passando a ser motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada nível. A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, aliado ao aprimoramento da assistência primária, é atributo dos gestores na organização dos fluxos na busca pela garantia



do acesso dentro dos princípios do SUS aos acometidos por agravos de urgência (BRASIL, 2015)

A elaboração das políticas de urgência e emergência no Brasil ocorreu em virtude da intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, as filas e a superlotação. A situação do sistema público de saúde brasileiro, muito embora tenha avançado em alguns aspectos quanto a sua organização e assistencial, ainda é apresentada nas diferentes mídias como algo não resolvido e denuncia, em certa medida, sérias deficiências do sistema. As concepções relativas ao papel dos hospitais no auxílio a esses problemas têm variado entre modelos mais hospitalocêntricos, no qual a estrutura de redes era formada por hospitais locais – micro regional ou regional, de acordo com o porte, cobertura populacional e oferta de serviços –, até a sua inserção em redes regionalizadas e temáticas de atenção com a integração com os diferentes níveis de assistência (IBANEZ, 2013)

A atenção às urgências deve estar organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS), arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM/MS nº 4.279/2010) (IBANEZ, 2013, p.2).

A avaliação das normativas que regulam a Política Nacional de Atenção às Urgências demonstra a atenção às urgências no Brasil foi centrada na atenção hospitalar, a partir década de 1990, por meio da implantação das Centrais de Regulação Médica de Urgências e do SAMU nas grandes capitais, como linha auxiliar da porta hospitalar. Essa atribuição, assumida em grande parte, inicialmente, pelos estados e grandes municípios, foi desenvolvida nesse período por meio de um acordo de cooperação técnica da França com o Brasil. A recente implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS 24h) induz ainda mais as urgências inseridas em uma rede de atenção, sintonizadas na política nacional de conformação de redes regionais (BRASIL, 2015)

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, de forma gratuita, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um



serviço de maior complexidade, em um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (FARIA et al., 2017)

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências busca articular no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde para ampliar o acesso humanizado e integral, de forma gratuita, aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (CRUZ et al., 2016). A rede deve acolher com classificação de risco, qualidade e resolutividade, requisitos de todos os pontos de atenção. Nesse contexto, o enfermeiro vive muitos dilemas éticos e legais em relação à responsabilidade profissional, autonomia em relação às demais categorias profissionais, além da competência legal para realizar procedimentos. Atende o usuário grave que se submete a procedimentos complexos, na maioria das vezes articulados a protocolos qualificados com especificidades, também, para a atuação do enfermeiro (MORAES-FILHO et al., 2016).

Objetivando a reorganização e regulação dos serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS, foi implantada em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), visando garantir, dentre outros aspectos, a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (BRASIL, 2003).

Nesse movimento de melhoria da qualidade dos serviços e da assistência oferecida pelo SUS na área de urgência e emergência, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2004, inicia o Programa Nacional de Humanização (PNH), tendo como finalidade à humanização como princípio das políticas de saúde na área. Uma das diretrizes implementadas foi a de utilizar o sistema de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACAR) como uma ferramenta para melhorar os atendimentos das emergências. (BRASIL, 2004).

A organização do sistema de urgência e emergência iniciou-se com implantação PNAU, por meio da Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003). A PNAU é composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, e deve ser organizada de forma que permita:

- garantir a universalidade, equidade e a integralidade no



- atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
- consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
 - desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
 - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
 - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;
 - integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais, e;
 - qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Entretanto, no contexto hospitalar, em especial nos serviços de urgência e emergência, a elevada demanda de pacientes que procuram por atendimento, afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados porque as abordagens dos profissionais se tornam focadas segundo a ordem de chegada do cliente e não de acordo com o seu grau de necessidade (BRASIL, 2004; BELLUCCI JUNIOR, MATSUDA, 2012). Fatos como esse, revelam a necessidade de aprofundar questões que emergem a respeito do acesso pelos usuários a esses serviços (SOUZA et al, 2009; BELLUCCI JUNIOR, MATSUDA, 2012).

No Brasil, a alta demanda pelo serviço gratuito do SUS e a procura por atendimento em serviços de urgência e emergência necessita de altas tecnologias e cuidados médicos e de enfermagem cada vez mais complexos e onerosos. Demandas dessa natureza consistem em desafios a serem transpostos pelos



gestores e trabalhadores que primam pela qualidade da assistência, pois devem adequar, cotidianamente, a estrutura e a forma de atendimento de cada serviço (BELLUCCI JUNIOR, MATSUDA, 2012).

Ainda com relação ao contexto do atendimento em serviços de urgência e emergência no Brasil, uma situação que provoca a alta demanda assistencial, além das violências e acidentes, é a procura por atendimento, de agravos que poderiam ser resolvidos na rede básica de saúde. Para minimizar esse problema, a literatura aponta medidas como alocação de maiores investimentos para estruturação do atendimento na rede básica, implantação de Unidades de Pronto Atendimento e esclarecimento da população e dos profissionais que atuam na saúde sobre as reais funções de um serviço de urgência e emergência (DESLANDES, MINAYO, LIMA, 2018; BELLUCCI JUNIOR, MATSUDA, 2012).

Há uma grande preocupação por parte do Ministério da Saúde em garantir uma melhoria na qualidade da assistência prestada nos serviços de urgência e emergência a toda a população, e nesse sentido desenvolveu o Acolhimento e Classificação de Risco (ACAR). O acolhimento representa uma das diretrizes do PNH, pois acolher significa prestar um atendimento com qualidade, compromisso, dignidade e respeito a toda a população, de todas as classes sociais, que procuram os serviços de emergência de forma gratuita (CRUZ et al., 2016).

É buscar a resolutividade na assistência prestada, saber direcionar os pacientes de acordo com o grau de necessidade, estabelecendo uma articulação com outros serviços para que seja garantida a continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2004).

A política do acolhimento é uma ação técnico-assistencial que visa mudanças na relação profissional - usuário e toda rede social, por meio de medidas que busquem por um atendimento mais ético, humanitário e solidário, cujo principal objetivo é que sejam colocados em prática os princípios do SUS, como equidade, universalidade, acessibilidade e integralidade (FILHO; SOUZA; CASTANHEIRA, 2015).

O estudo de Abreu et al., (2012) observa que as percepções de urgência dos usuários que demandam atendimento de urgência e emergência indicam que a escolha do serviço a ser utilizado se dá conforme a percepção do usuário do que é simples ou grave, bem como pela possibilidade de acesso e capacidade



resolutiva do serviço cogitado para atendimento, o que tem exigido uma melhor orientação da população (ABREU et al., 2012).

Nesse sentido, percebe-se a importância de orientar a população de baixa renda quanto os tipos de atendimentos oferecidos pelos serviços de urgência e emergência, bem como em outros dispositivos da rede de saúde, a fim de proporcionar uma melhor assistência à população, evitar a superlotação nos hospitais e a peregrinação dos usuários em busca da assistência gratuita garantida pela legislação (PESSOTO et al., 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, pôde-se observar que através da elaboração e da implantação de políticas públicas como o PNAU, PNH e sistema de ACAR, observar diversos avanços no atendimento da população de baixa renda nos serviços de urgência e emergência, onde é proporcionada uma assistência de qualidade, ainda que necessite de melhorias permanentes.

Verifica-se a necessidade de se promover a alocação de maiores investimentos para estruturação do atendimento na rede básica, bem como a implantação de Unidades de Pronto Atendimento mais próximas as áreas onde vivem a população com renda mais baixa, além de se promover o esclarecimento da população e dos profissionais que atuam na saúde sobre as reais funções de um serviço de qualidade nas áreas de urgência e emergência.

Observa-se ainda que é fundamental que haja apoio dos órgãos públicos, bem como das entidades governamentais e não governamentais, e envolvimento efetivos dos diversos setores da administração pública para a efetivação dessas políticas junto a população, pois caso contrário, corre-se o risco de não se colocar em prática as políticas públicas efetivadas para as áreas mais carentes.



REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 33, n. 2, p. 146-152, 2012.

ALMEIDA, ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande*, v. 5, n. 1, p. 1-9, jan./jun. 2013.

BELLUCCI-JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto e contexto enfermagem.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) – Brasília: CONASS, 2015. 400 p. – (CONASS Documenta, 28)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União* 2003; 06 out.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde - HumanizaSUS. Brasília (DF): MS; 2004.

CAMPELLO, T et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, v. 42, n. esp., p. 54-66, nov. 2018.

CRUZ, DN et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 15, n. 2, p. 186-192, 2016.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. v. 24, n. 6, p. 430-40, 2018.

FARIA, TLM. et al. A Política nacional de urgência e emergência sob a coordenação federativa em municípios paraenses. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 726-737, 2017.

FIGUEIREDO, DCMM; SHIMIZU, HE; RAMALHO, WM. A acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cadernos de Saúde Coletiva.*, v. 28, n. 2, p. 288-301, abr./jun. 2020.

IBANEZ, N. Os hospitais e a rede de atenção às urgências e emergências:



desafios. Consensus – Revista Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, v. 3, n. 7, p. 36-43, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011. Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 10 dez. 2021.

MORAIS-FILHO, L.A. et al. Competência legal do enfermeiro na urgência/emergência. *Enfermagem em Foco*, v. 7, n. 1, p. 18-23, 2016.

OLIVEIRA, LS et al. Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Aracaju*, v. 4, n. 3, p. 173-188, abr. 2018.

OLIVEIRA, RAD et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. 1-13, e00120718, 2019.

PESSOTO, UC et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 351-362, 2017.

SILVA, LG; MATSUDA, LM; WAIDMAN, MAP. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 21, n. 2, p. 320-328, abr./jun. 2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. v. 16, n. 2, p. 20- 45, 2006.