

Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas¹

Maria Fernanda do Prado Tostes²
Eduardo Rocha Covre³
Carlos Alexandre Molena Fernandes⁴

Objetivo: caracterizar o acesso à assistência cirúrgica no Brasil. Método: estudo documental, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de informações do banco de dados A Caixa Preta da Saúde, da Associação Médica Brasileira. Resultados: no período de um ano constatou-se 3773 registros relacionados à assistência à saúde no Brasil. Houve 458 (12,3%) registros sobre assistência cirúrgica. Destes, a maioria, 339 (74,1%), envolveu a falta de acesso, em todas as regiões do Brasil. O principal limitante de acesso foi o prolongado tempo de espera para cirurgia. Outros limitantes foram a excessiva espera para consulta com especialistas, realização de exames e cancelamento de cirurgias. Conclusão: o acesso à assistência cirúrgica, pelos usuários do sistema de saúde brasileiro, não está amplamente garantido, reforçando a necessidade de ações governamentais integradas, organização da rede de atenção à saúde, gestão dos serviços de saúde e recursos humanos para superação dos desafios impostos ao alcance do Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde; Cirurgia; Cobertura Universal; Enfermagem; Integração de Sistemas.

1 Apoio financeiro da Fundação de Apoio à Universidade Estadual do Paraná, Brasil.

2 Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Professor Assistente, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, PR, Brasil.

3 Aluno do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, PR, Brasil. Bolsista da Fundação Araucária, Brasil.

4 PhD, Professor Doutor, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Como citar este artigo

Tostes MFP, Covre ER, Fernandes CAM. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2677. [Access ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0954.2677>.

Introdução

A condição cirúrgica é essencial para prevenção de incapacidades crônicas e mortalidade⁽¹⁻²⁾. Isto porque, muitas vezes, é a única solução para evitá-las, em casos de lesões, acidentes de trânsito, queimaduras, catástrofes, violência, complicações obstétricas, condições abdominais e não abdominais de emergência e outras que possam afetar, significativamente, a qualidade de vida, tais como, catarata e malformações congênitas⁽¹⁾.

A cirurgia está no final do espectro do modelo curativo clássico. Assim, independentemente de estratégias de prevenção bem-sucedidas, condições cirúrgicas serão sempre responsáveis por uma parcela significativa do ônus de doença de uma população. Em particular nos países em desenvolvimento, onde o tratamento conservador não está prontamente disponível, a incidência de trauma e complicações obstétricas são elevadas e com expressiva acumulação de doenças cirúrgicas não tratadas⁽¹⁾.

Contudo, o acesso e a cobertura dos serviços cirúrgicos essenciais, como parte do direito humano à saúde, não estão amplamente garantidos⁽²⁻³⁾. Em consequência, patologias cirúrgicas agravam-se, afetam a condição socioeconômica da população ativa, prejudicam a qualidade de vida e tornam-se potencialmente letais⁽²⁾.

Além de melhorar a qualidade de vida, a qualidade das intervenções cirúrgicas e aumentar o acesso à cirurgia pode auxiliar no alcance das metas do Milênio das Nações Unidas para 2015. Dado que, a cirurgia potencializa a redução da mortalidade infantil (meta 4) e melhora a saúde materna (meta 5) por tratamento de complicações obstétricas. Adicionalmente, a cirurgia pode contribuir para redução do número de pessoas que vivem em situação de pobreza (meta 1), uma vez que as condições cirúrgicas podem colocar as pessoas fora do mercado de trabalho⁽⁴⁾.

Assim, considerando a importância da assistência cirúrgica global, seu impacto na qualidade de vida do paciente, limitação de acesso e cobertura pelos serviços de saúde e interesse em responder alguns desafios emergentes na enfermagem, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o acesso à assistência cirúrgica no Brasil.

Método

Estudo documental, com abordagem quantitativa, realizado a partir de fonte secundária de dados, de domínio público, do banco de dados eletrônico "Caixa Preta da Saúde".

Este banco de dados, criado em 12 de março de 2014, é fruto de uma iniciativa não governamental

da Associação Médica Brasileira. É um canal de comunicação eletrônica com usuários dos serviços de saúde e tem como objetivo receber e compilar em um banco de dados denúncias/registros sobre os problemas que afetam a saúde pública e privada no Brasil. Voluntariamente, qualquer pessoa, de qualquer lugar e a qualquer hora, pode enviar fotos e vídeos, denunciando falhas e relatando as dificuldades enfrentadas na busca por serviços de saúde. As denúncias são encaminhadas ao Ministério Público, para apuração formal dos fatos relatados e, assim, contribuir para que governo e gestores tomem as providências necessárias⁽⁵⁾.

Considerou-se como critério de inclusão os registros que continham informações sobre assistência cirúrgica no Brasil. Para selecioná-las, utilizou-se os seguintes descritores: cirurgia, cirurgião, centro cirúrgico, operar, operação, pré-operatório, pós-operatório, cirúrgico, anestesia e anestesista.

A coleta de dados foi realizada em março de 2015. No banco de dados eletrônico, acessado pelo endereço <http://www.caixapretadasaude.org.br>, selecionaram-se todos os registros do período de 12 meses (março de 2014 a fevereiro de 2015), de cada município brasileiro. Após leitura de cada registro selecionaram-se aqueles que continham os descritores definidos previamente. Para coleta utilizou-se um instrumento estruturado, com as seguintes variáveis: falta de acesso, tempo de espera para cirurgia, tempo de espera para consulta com especialista, tempo de espera para realização de exames, cancelamento de cirurgia e especialidade cirúrgica.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software Statistica 12.0*. Os resultados foram expressos em média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e em frequência e percentual para as variáveis qualitativas. O teste qui-quadrado foi adotado para verificação das diferenças nas proporções entre as regiões do país e *Analysis of Variance (ANOVA) one-way* para comparação entre valores médios. Para todas as análises, $p < 0,05$ foi utilizado como nível de significância.

Em relação aos aspectos éticos, utilizaram-se informações de domínio público, presentes na internet. Assim, obteve-se autorização dos responsáveis pelo banco de dados, por serem os depositários fiéis das informações. Além disso, seguiu-se todos os preceitos éticos necessários para análise e divulgação dos dados.

Resultados

Os registros referentes à assistência à saúde totalizaram 3773 (100%) no Brasil. Destes, 458 (12,3%) envolveram assistência cirúrgica. Sendo que, a maioria dos registros cirúrgicos, 339 (74,1%), envolveu falta de acesso, em todos as regiões brasileiras, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos registros referentes à assistência à saúde, em relação às regiões, Brasil, 2015

Região	Registros F (%)*		
	Assistência à saúde	Assistência cirúrgica	Falta de acesso
Centro-Oeste	220 (5,8)	22 (4,8)	18 (5,3)
Nordeste	840 (22,3)	81 (17,7)	64 (18,9)
Norte	156 (4,1)	16 (3,5)	09 (2,7)
Sudeste	2095 (55,5) [†]	267 (58,3) [†]	195 (57,5) [†]
Sul	462 (12,3)	72 (15,7)	53 (15,6)
Brasil	3773 (100)	458 (100)	339 (100)

*F=Frequência.

†Diferença significativa em relação às demais regiões (quadrado).

Demais registros sobre a assistência cirúrgica, 119 (25,9%), englobaram o atendimento hospitalar em relação à estrutura física, como precárias condições das instalações hospitalares e falta de higiene; assistência prestada, que abrangeu a falta de informações aos usuários, falta de humanização e qualidade no atendimento e relacionadas aos recursos humanos, incluindo imperícia e negligência médica e descaso de profissionais da saúde com o usuário e sua

família (dados não demonstrados). Constatou-se que, o principal limitante do acesso foi o tempo de espera para atendimento, em diferentes pontos da rede de atenção à saúde, com predomínio da fila de espera para cirurgia, conforme a Tabela 2. O tempo de espera para atendimento cirúrgico, no Brasil, foi de 484,74 ± 191,29 dias, com disparidades regionais, conforme a Tabela 3.

Tabela 2 - Distribuição de fatores limitantes do acesso, segundo as regiões, Brasil, 2015

Limitantes de acesso	Região F (%)*				
	Centro-Oeste (n=18)	Nordeste (n=64)	Norte (n=09)	Sudeste (n=195)	Sul (n=53)
Fila de espera para cirurgia	15 (83,4)	46 (71,8)	07 (77,8)	134 (68,8)	41 (77,3)
Fila de espera para consulta com especialista	05 (16,6)	01 (1,6)	01 (11,1)	12 (6,1)	09 (17,0)
Fila de espera para exames	---	01 (1,6)	---	12 (6,1)	02 (3,8)
Cancelamento de cirurgia	---	16 (25,0)	01 (11,1)	36 (18,5)	01 (1,9)
Falha no processo de agendamento [†]	---	---	---	01 (0,5)	---

*F=Frequência

†Nome do usuário não constava mais na lista de espera para cirurgia.

Tabela 3 - Distribuição do tempo médio de espera (em dias) para atendimento cirúrgico, segundo as regiões, Brasil, 2015

Região	Tempo de espera (média ± D.P.)*
Centro-Oeste	332,92 ± 473,23 [†]
Nordeste	354,48 ± 416,58 [†]
Norte	391,25 ± 426,69 [†]
Sudeste	494,06 ± 504,17
Sul	850,97 ± 781,47
Brasil	484,74 ± 191,29

*D.P. = Desvio Padrão.

†Diferença significativa em relação à região Sul; (ANOVA, p<0,05)

Discussão

A assistência cirúrgica é imprescindível. Entretanto, neste estudo, é notório que, segundo a Caixa Preta da Saúde, o nó crítico da assistência cirúrgica consiste, predominantemente, na falta de acesso do usuário à cirurgia. Para os usuários, o prolongado tempo de espera é o principal limitante de acesso à assistência à saúde.

De acordo com a literatura indexada, este é o primeiro estudo que utiliza as informações do banco de dados Caixa Preta da Saúde. Esta é uma ferramenta provocativa e relevante, que dá voz aos usuários do sistema de saúde brasileiro e tem potencial para constituir-se em um importante mecanismo de ouvidoria. Com efeito, mostra-se como uma ferramenta que expõe a fragilidade do sistema público de saúde no Brasil, ilustrando com tons dramáticos a dificuldade de muitos cidadãos em ter, minimamente, suas queixas ouvidas e muito menos atendidas.

Diante destas constatações, acredita-se que a assistência à saúde no Brasil, muitas vezes, está na contramão dos pressupostos fundamentais da Cobertura Universal de Saúde, em que todas as pessoas devem ter acesso equitativo a ações e serviços de saúde integrais e de qualidade, de acordo com suas necessidades ao longo da vida. A Cobertura Universal de Saúde deve ser o objetivo principal e orientador dos sistemas de saúde e tem como pressuposto fundamental o direito de todos ao mais alto padrão de saúde⁽⁶⁾. Além disso, é um meio poderoso de promoção da saúde, bem-estar e desenvolvimento humano⁽⁷⁾.

Em relação ao número de registros, observou-se que a região Sudeste superou, significativamente, as demais regiões. Este maior potencial de uso da ferramenta nesta região pode ser em decorrência da maior densidade populacional do país. Em contraste, a região Norte, com menor número de registros, possui a menor densidade populacional (3,9 pessoas por km²)⁽⁸⁾. Adicionalmente, na posição de acesso à internet no Brasil, existe acentuada desigualdade entre as regiões. As regiões com mais acesso Centro-Oeste, Sul e Sudeste superam as regiões Norte e Nordeste⁽⁹⁾. Assim, esta disparidade pode ter limitado o uso da ferramenta pelos cidadãos brasileiros, em especial na região Norte.

Constata-se que, a região Sudeste, como principal usuária da ferramenta, enfrenta limitações ao Acesso e Cobertura Universal de Saúde, similares às demais regiões, mesmo com maior desenvolvimento socioeconômico e melhores condições assistenciais, em relação ao número de leitos, hospitais especializados disponíveis e operações por habitantes, quando comparadas ao Norte e Nordeste⁽¹⁰⁾.

Em relação à falta de acesso **cirúrgico**, este não é um problema novo, sistemas de saúde mundiais, independentemente da situação socioeconômica dos países,

lidam com ele. No Brasil, a fila de espera para cirurgias eletivas é uma realidade, com nuances regionais, quanto aos procedimentos com fila maior ou menor, seja medida em número de pacientes ou em tempo de espera⁽¹¹⁾.

Contata-se que, a espera abrangeu todo o percurso do usuário na rede de atenção à saúde. Posto que, o usuário, em decorrência da presença de sinais e sintomas, acessa a rede para de busca de atendimento médico na atenção básica. Mediante a constatação da necessidade, ocorre o encaminhamento para o especialista na atenção ambulatorial. Depois de um longo processo de consulta, investigação, avaliação de especialistas e constatação da necessidade de tratamento cirúrgico, o usuário é inserido em uma lista de espera para a cirurgia, que ocorrerá na atenção hospitalar⁽¹¹⁾.

Similarmente, um estudo conduzido para verificação das barreiras para acesso ao tratamento da catarata, evidenciou lacuna entre a busca de atendimento médico especializado e resolução cirúrgica. Os fatores contribuintes foram a dificuldade na realização de exames pré-operatórios, número de vezes que o paciente precisou retornar ao serviço (3,2±1,5), assim como, o tempo de espera entre a primeira consulta e a cirurgia (3,2±2,6 meses). O valor gasto na realização dos exames pré-operatórios variou de 5 a 170 reais⁽¹²⁾.

Neste estudo, evidenciou-se um excessivo tempo de espera, acima de um ano, para atendimento cirúrgico, em todas as regiões do país. Na região Sul, contatou-se o tempo de espera mais prolongado, com diferença significativa em relação às regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Em contraste, estudos mostram variações de 3 a 6 meses no tempo de espera, com serviços mais acessíveis nas regiões Sul e Sudeste^(10,12). Reconhece-se que, a incorporação dos registros é dependente dos usuários com acesso à internet e de maneira voluntária. Assim, deve-se ter cautela na interpretação deste resultado, pois dados oficiais, oriundos dos serviços de saúde, podem dimensionar mais precisamente a realidade da fila de espera para atendimento, nas regiões do país. Apesar deste limitante, este resultado mostra uma realidade cruel e legítima, denunciada pelos usuários drasticamente desassistidos.

Ressalta-se que, a espera prolongada para atendimento ocorre quando a demanda é maior que a capacidade de fornecimento do sistema público. Muitas vezes, a fila reflete a inadequação do financiamento público para a saúde. E constitui-se como um dos principais problemas de sistemas de saúde pública, sendo uma fonte permanente de descontentamento político e social⁽¹³⁾.

Alcançar o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde é uma tarefa permanente, complexa e desafiadora⁽¹⁴⁾. Dados da Caixa Preta da Saúde

mostram que, além do predomínio da falta de acesso, em determinadas situações, a espera prolongada na lista para a cirurgia não assegura o atendimento. Eventualmente, o usuário lida com um novo obstáculo, o cancelamento da cirurgia em decorrência da infraestrutura inadequada. Em acréscimo, quando os usuários acessam a atenção hospitalar, a infraestrutura é precária e a assistência oferecida não é de qualidade.

No Brasil, apesar da urgente necessidade de enfrentamento dos desafios atuais referentes ao alcance do Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde, deve-se reconhecer que, na saúde, um marco de avanço foi a reforma sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto da luta da sociedade brasileira, ação política e governamental, proporcionou a ampliação significativa do acesso aos cuidados de saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família⁽⁷⁾.

Nesta mesma direção, a partir de 2014, os estados membros da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde vêm concentrando esforços em ações simultâneas e interdependentes na expansão do acesso equitativo a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas e comunidades, em prol da ampliação do Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde⁽⁶⁾.

Mais especificamente sobre a política de acesso à cirurgia, destacam-se os mutirões de cirurgias, financiados pelo governo, mediante destinação de recursos extras. O mutirão tem como objetivo atender demandas cirúrgicas reprimidas, através da concentração de esforços dos serviços de saúde em realizar um número expressivo de cirurgias em pouco tempo⁽¹¹⁾. Entretanto, o que deveria ser uma estratégia emergencial tornou-se o *modus operandi* para o acesso, sendo uma medida paliativa, onerosa para o sistema e que não garante, sustentavelmente, o acesso à assistência cirúrgica, uma vez que o prolongado tempo de espera na fila para cirurgia persiste, com impacto negativo na saúde e qualidade de vida dos pacientes⁽¹¹⁾.

Em relação aos aspectos políticos e econômicos, limitantes do acesso à saúde no Brasil, constata-se que o investimento público no sistema de saúde permanece, inaceitavelmente, abaixo dos níveis desejados e, expressivamente, inferior aos padrões internacionais. Porquanto, a despesa pública com saúde foi responsável por apenas 48% do total de despesas com a saúde, correspondendo a apenas 7,2% da despesa pública total, significativamente menor que o valor global, de 14,3%. A despesa total em saúde per capita por ano é, em média, 427 dólares. A partir deste montante, apenas 204 dólares foram investidos pelo governo, um valor muito inferior, quando comparado a uma despesa global de 429 dólares per capita ou para o investimento dos

países desenvolvidos, como Estados Unidos da América (3.076 dólares per capita) ou Europa (1.350 dólares per capita)⁽³⁾. Isto assegura um vácuo favorável à oferta de um sistema de saúde privado, que solidamente fincado em uma política neoliberal garante o acesso a quem pode pagar, acrescentando-se o fato de que, ao nível mais elevado do poder, serve-se de lobismo e influência política para perpetuar um ciclo de abandono do sistema público de saúde e favorecimento da iniciativa privada. Em síntese, diz-se que o Estado deserta sua função de provedor da saúde dos cidadãos, para entregá-lo como consumidor ou cliente aos agentes privados.

No que tange à cirurgia, observam-se restrições de investimentos públicos similares aos supracitados, que ratificam a constatação de uma prática governamental de subfinanciamento público severo na saúde. De 1995 a 2007, 32.659.513 cirurgias não cardíacas foram analisadas. Houve incremento substancial de 20,42% no número de procedimentos cirúrgicos. No entanto, a epidemiologia das cirurgias no Brasil difere, consideravelmente, dos padrões internacionais. Anualmente, são realizados cerca de 38 milhões de cirurgias nos Estados Unidos da América e 7 milhões na Europa. No Brasil, realizaram-se cerca de 3 milhões de cirurgias não cardíacas. Adicionalmente, notou-se que as despesas relacionadas aos procedimentos são inferiores e taxa de mortalidade superiores aos países desenvolvidos. Assim, conclui-se que, o acesso a intervenções cirúrgicas é deficiente e desigual, com insuficiente número de cirurgias realizadas e resultados cirúrgicos piores, em comparação aos padrões internacionais⁽³⁾.

Diante disso, somente uma mudança sistêmica é capaz de superar os desafios impostos ao alcance do Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Assim, acredita-se que, uma abordagem integrada, a qual inclua inesgotáveis esforços conjuntos nos aspectos político e econômico, na organização da rede de atenção à saúde, gestão dos serviços de saúde e recursos humanos, possibilitará a superação destes desafios, para que a saúde e os demais direitos sociais dos cidadãos brasileiros sejam amplamente garantidos.

No aspecto político, é imperativo que políticas governamentais enfrentem os desafios relacionados à complexidade macroestrutural, para que possam superar os desafios impostos à saúde. Assim, para melhoria da saúde, faz-se necessário melhorar a governança, ou seja, maior grau de responsabilidade do setor público, menos corrupção e assunção de que prover o sistema público de saúde é um dever constitucional do Estado^(7,14). Ademais, dada a determinação social da saúde, deve-se enfrentar a crise econômica, a desigualdade social, melhorar a educação, preservar o meio ambiente e atender as

crescentes demandas inerentes ao envelhecimento da população⁽¹⁴⁾. Igualmente importante, deve-se mitigar a influência da indústria médica e farmacêutica no setor da saúde, a qual, muitas vezes, é subserviente aos interesses do mercado, em detrimento dos interesses da população, entre outros.

Em relação à rede de atenção à saúde, otimizar a implantação de mecanismos e estratégias de organização e integração da rede assistencial contribui para promoção da capacidade dos sistemas de saúde na prestação de cuidados mais coordenados, minimização das barreiras de acesso entre níveis assistenciais e atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno. No entanto, deve-se reconhecer que um dos principais entraves à integração da rede de serviços de saúde é a prolongada espera por atendimento⁽¹⁶⁾.

Em relação à organização da rede para assistência cirúrgica, com vistas à melhoria de acesso e qualificação das práticas assistenciais, o acesso aos serviços especializados e hospitalares deve ocorrer, predominantemente, através de referência da Estratégia Saúde da Família. Ações adicionais incluem o desenvolvimento de protocolos, para facilitar o acesso à atenção especializada e hospitalar. Empreender esforços junto aos demais profissionais da rede, para maior integração, intercâmbio e continuidade de informações entre atenção básica e especializada. Definição de medidas de acesso, tais como, reconhecer o tempo de espera para os cuidados primários, consultas com especialistas, exames de diagnóstico e espera para cirurgia e, com base nestes indicadores, estabelecer estratégias para melhor o gerenciamento de espera⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Em nível ambulatorial, recomenda-se instituir investigação cuidadosa sobre as necessidades dos usuários em situação de espera, a saber: critérios clínicos, como deterioração do estado de saúde, evolução da doença, dor incapacitante e limitações de mobilidade; critérios socioeconômicos, referentes à capacidade para viver e trabalhar de forma independente, além dos aspectos emocionais. Isto possibilita ao usuário a reavaliação de prioridade enquanto aguarda na fila e recondução à equipe de saúde da família, para acompanhamento contínuo^(13,17).

Além disso, estimular o desenvolvimento de diretrizes para determinação segura e aceitável do período de espera, desenvolvimento de ferramentas de priorização da assistência que considerem as características psicossociais, definição de responsabilidades para operacionalizar o processo de priorização, sendo cirurgião, enfermeiro ou outro profissional da saúde⁽¹⁷⁾.

Estritamente em relação à gestão dos recursos, comparações mostram que maior oferta de leitos, profissionais da saúde e despesas gerais com a saúde

são estratégias eficazes, em longo prazo, no manejo da espera. Assim, a capacidade dos serviços de saúde pode ser otimizada. Sugere-se pagamento por produtividade, investimento quantitativo e qualitativo dos recursos humanos, apoio à prática baseada em evidência e utilização da capacidade ociosa de centro cirúrgico em finais de semana, entre outros^(13,17).

Os recursos humanos são considerados um dos pilares centrais para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde⁽¹⁸⁾. Sobretudo a enfermagem, devido ao potencial ilimitado no atendimento integral às necessidades da população, nos distintos pontos da rede de atenção à saúde. Todavia, ainda persistem profundos desequilíbrios e lacunas na disponibilidade, distribuição, composição, competência e produtividade dos recursos humanos de saúde, principalmente na atenção primária⁽¹⁸⁾.

Assim, potencializar a abrangência de atuação da enfermagem exige vontade política para mudanças. Destacadamente, no campo político, é fundamental o desenvolvimento de políticas de infraestrutura que apoiem a profissão de enfermagem, incluindo regulação, escopo da prática, certificação, graduação, pós-graduação, educação continuada e reforma salarial⁽¹⁵⁾.

No campo da atuação profissional, a enfermagem, em parceria com as demais profissões da saúde, deve assumir o compromisso com a saúde pública, por meio da construção e consolidação do SUS. Assumir este compromisso envolve superar práticas assistenciais cartesianas em saúde, em prol da integralidade do cuidado, introjetar as premissas da política de saúde vigentes, incorporá-las em sua prática e atuar na organização das redes de assistência à saúde, com ênfase na atenção básica.

No campo da formação, a enfermagem deve ter o compromisso com a construção de valores que a estruturam enquanto prática social, oportunizado por meio de olhares interpretativos de sua história e abertos à realidade atual, considerando a estrutura política, econômica e social, vigentes no país, os modelos de assistência de saúde e sua cobertura, bem como, as lutas internas dos trabalhadores no processo de trabalho e desafios futuros⁽¹⁹⁾.

Conclusões

Segundo o banco de dados Caixa Preta da Saúde, a maioria dos registros sobre assistência cirúrgica envolveu a falta de acesso, em todas as regiões do Brasil. O principal limitante de acesso foi o prolongado tempo de espera para cirurgia. Assim, constata-se que, o acesso à assistência cirúrgica, pelos usuários do sistema de saúde brasileiro, não está amplamente garantido.

Isto reforça a necessidade de ações governamentais integradas, organização da rede de atenção à saúde, gestão dos serviços de saúde e recursos humanos para superação dos desafios impostos ao alcance do Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde.

Portanto, caso a Cobertura Universal de Saúde for assumida como prioridade governamental e dos serviços de saúde, impulsionará a enfermagem a ampliar seu protagonismo na construção de um sistema de saúde pública universal, equitativo e integral.

Referências

1. Debas HT, Gosselin R, McCord C, Thind A. Surgery. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington (DC): World Bank; 2006. p. 1-17.
2. Kushner AL, Cherian MN, Noel L, Spiegel DA, Groth S, Etienne C. Comment on addressing the millennium development goals from a surgical perspective: essential surgery and anesthesia in 8 low- and middle-income countries. *Arch Surg*. 2010;145(2):154-9.
3. Yu PC, Calderaro D, Gualandro DM, Marques AC, Pastana AF, Prandini GC, et al. Non Cardiac Surgery in Developing Countries: Epidemiological Aspects and Economical Opportunities—The Case of Brazil. *PLoS One*. 2010;5(5):e10607. doi:10.1371/journal.pone.0010607.
4. Plos Medicine Editors. A Crucial Role for Surgery in Reaching the UN Millennium Development Goals. *PLoS Medicine*. 2008;5(8):1165-7.
5. Caixa Preta da Saúde [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira. [2015]. [Acesso 1 mar 2015]. Disponível em: <http://www.caixapretadasaude.org.br/>
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. [Internet]. [2014]; [Acesso 12 jan 2015]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154%20tema%204%203%20verso%207%20ago.pdf?ua=1&ua=1>
7. Savedoff WD, Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*. 2012;380(9845):924-32.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
9. Mattos FAM, Chagas GJN. Desafios para a inclusão digital no Brasil. *Perspect Ciênc Inf*. 2008;13(1):67-94.
10. Viacava F, Porto S, Laguardia J, Moreira RS, Uga MAD. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002-2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2963-9.
11. Sarmento KMA Jr, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(3):256-62.
12. Lima DMG, Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol*. 2005;68(3):357-62
13. Curtis AJ, Russell COH, Stoelwinder JU, McNeil JJ. Waiting lists and elective surgery: ordering the queue. *MJA*. 2010;192(4):217-20.
14. Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, Salazar LM, Serrate PC, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2015;385(9975):1343-51.
15. Cassiani SHB, Zug KE. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):675-6.
16. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):286-98.
17. Kreindler AS. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Bri Med Bull*. 2010;95:7-32. doi:10.1093/bmb/ldq014.
18. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov-dez.2014 [acesso em: 13 fev 2015];22(6):891-2. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00891.pdf
19. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2013 [Acesso 24 mar 2015]; 21(3):695-703. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300695&lng=en&lng=en. 10.1590/S0104-11692013000300007

Recebido: 13.05.2015

Aceito: 18.05.2015

Correspondência:

Maria Fernanda do Prado Tostes
Universidade Estadual do Paraná
Campus de Paranavaí
Av. Gabriel Esperidião, s/n
CEP: 87703-000, Paranavaí, PR, Brasil
E-mail: mfpprado@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.