

Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica

Access to health actions and services: a polysemic approach

*Lenir Santos*¹

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade*²

O presente trabalho visa debater o artigo “Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise”, de Marluce Maria Araujo Assis e Washington Luiz Abreu de Jesus, que trata da importante questão do **acesso às ações e serviços de saúde** pelo cidadão brasileiro no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tema da última Conferência Nacional de Saúde realizada em 2011 e deste número especial da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Positivar direitos e retardar a sua efetivação¹, ante percalços governamentais que vão da falta de condições financeiras para prover o direito à falta de condições da própria Administração Pública para dar consequência à determinação legal, é fato comum no Poder Público. Por outro lado as desigualdades sociais sempre são reproduzidas na forma de se garantir direitos, além de interferir nas condições de saúde da população. Berlinguer² reflete essa situação com maestria em sua obra *Medicina e Política*, e não foi sem propósito que a Lei 8080/90³ dispôs que **os** “níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (art. 3º)”.

Preliminarmente deve-se considerar que o termo acesso por ser polissêmico e não *unísono*, exige reflexão quanto à gama de interpretação que lhe empresta a doutrina sanitária que reconhece a sua multifacetação e as consequentes dificuldades do acesso aos serviços de saúde exatamente em razão das mais diversas variáveis que devem ser consideradas pelos agentes públicos na organização dos serviços.

Acesso e acessibilidade implicam em retirar barreiras, sob quaisquer formas, físicas, econômicas, sociais, raciais, geográficas, sociológicas, organizativas, viárias, que possam impedir o sujeito de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente.

O Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado como o aparato da Administração Pública para concretizar o direito à saúde levou anos para ser compreendido, apreendido e estruturado para garantir ao cidadão o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, e ainda hoje devemos perguntar se essa garantia vem sendo efetivada *para*

todos de maneira equitativa. Há um acesso verdadeiramente igualitário e justo? É a pergunta que os autores do texto em debate tentam responder demonstrando as iniquidades, as dificuldades, as barreiras e os obstáculos que se colocam entre o cidadão e suas necessidades de saúde, a começar, muitas vezes, pelo planejamento local e regional excludente em suas mais diversas formas.

Há um vasto espaço ainda existente entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. O SUS conta com efetivas dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde resolutivas, adequadas, oportunas, humanas, eficazes.

Nessa linha de raciocínio e refinando os apontamentos dos autores, destacamos ainda: o baixo financiamento da saúde; as questões de ordem técnico-administrativas que negam o necessário instrumental ao administrador público no manejo dos meios compatíveis com os fins que lhe são impostos; os processos organizativos do SUS que até o presente momento tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços à regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada em níveis de complexidade tecnológica crescente. A rede é essencial para garantir atendimento integral ao cidadão exercendo o papel de inibir as diferenças geográficas, demográficas e socioeconômicas dos entes federativos, gerando equidade federativa e qualificando o acesso.

Não se pode perder de vista, também, algumas dimensões não mencionadas pelos autores como os compromissos ético e moral do Estado e da sociedade em relação à saúde e às responsabilidades decorrentes; a dimensão do *custo* do direito à saúde *versus* necessidades de saúde da população e as tecnologias disponíveis e incorporáveis e o orçamento público; a ordenação técnico-administrativa e sanitária do acesso a garantir um justo conjunto de ações e serviços de saúde à população.

Importante ressaltar nesse passo que há direitos positivos e negativos. Os direitos positivos exigem do Estado uma movimentação que tem custo, como é o caso da saúde, da educação, da assistência social, enquanto os direitos negativos exigem do Estado a sua não intervenção, como ocorre com o direito à liberdade, à intimidade, à

¹ Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). santoslenir@terra.com.br

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

privacidade; nestes casos basta ao Estado *não agir* no sentido de se abster de interferir em determinados direitos. Os que têm custos devem ser considerados na sua dimensão orçamentário-financeira. O agir do Estado é essencial. Mas custa. E essa dimensão irá pautar a organização das ações e serviços de saúde nos mais diversos aspectos como o político, o técnico, o jurídico, o administrativo, o sanitário, com o princípio da equidade como elemento balizador, sob pena de o acesso ser matizado pelas desigualdades sociais existentes em nosso País, produzindo iniquidade ao invés de justiça social.

Importante, pois, associar ao termo *acesso* os deveres éticos e morais da sociedade na construção do sistema de saúde público, dele participando para compreender que todo direito que custa deve ter uma delimitação justa, não permitindo a reprodução da segmentação social na organização do SUS e de uma organização que não permita a sua universalização com igualdade, mantendo-se privilégios no acesso a serviços de maior qualidade garantidos à parcela privilegiada da população.

Não se pode perder de vista que no nosso país o sistema público deve coexistir com os serviços privados que se estruturam sob outra premissa que é a do consumo de saúde e não a do direito à saúde. Essa dicotomia também interfere no acesso, destacando-se, dentre outras, a formação de trabalhadores para a saúde, cuja dominação é a do mercado liberal e não a do interesse público. A formação de recursos humanos para a saúde se faz sob a luz do modelo liberal, hegemônico até os dias de hoje e centrado mais na formação de pessoas para os serviços privados do que para o sistema público. O privado se antepõe ao público (os serviços públicos devem atender a 190 milhões de pessoas enquanto o setor privado se destina a um contingente de 40 milhões de pessoas) e não o inverso.

Temos ainda a judicialização da saúde que se constitui, muitas vezes, em mais um obstáculo para o acesso equitativo por permitir que pessoas adentrem os serviços de saúde sem observar as suas portas de entrada e o seu acesso regulado, com a atenção primária como principal porta de entrada no sistema. Uma medida liminar pode garantir ações e serviços que nem sempre *são ou serão* incorporadas no padrão de integralidade destinado a toda a população ante seu custo-efetividade ou outra questão técnico-sanitária, ferindo assim a universalidade do acesso.

A saúde como valor moral e ético exige esse dever social: todos devem sentir-se solidários e

responsáveis pela sua saúde e a da comunidade, em especial seus profissionais, que têm o dever de ser agentes de transformação nesse processo, sendo coparticipante e não detentor isolado de conhecimentos que se encastelam em seus saberes técnicos, herméticos em prejuízo do humano e da solidariedade. Esse aspecto da saúde é relevante por trazer para o cidadão e o profissional de saúde o dever de sentir-se pertencente ao SUS e dele participar em todos os seus sentidos, de forma compartilhada e independente, ponto essencial para a efetividade do acesso.

O direito à saúde necessita, ainda, de resposta quanto ao que cabe nesse direito. Tudo o que se pretender ou há limites tecnológicos e financeiros? E esse limite implica um dever e um direito: o cidadão precisa participar da definição das políticas de saúde imbuído do seu dever de solidariedade social no sentido de se optar por escolhas justas de modo a permitir a universalidade do seu acesso *de forma igualitária*. Não se pode pretender que o sistema assumira apenas um caráter individual desprovido do olhar coletivo; sem aceitar uma organização técnico-sanitária equânime, um acesso ordenado, a justiça social não será alcançada. Nesse ponto a equidade é princípio fundamental que deve pautar a saúde, mesmo sem ter sido mencionada na legislação da saúde, por ser um dos elementos de justiça.

Se o acesso deve ser universal, a sua organização deve ser balizada por esse princípio para propiciar a todos os mesmos serviços, sem entraves, barreiras, obstáculos e sempre em tempo oportuno tendo em vista que o *tempo* na saúde é imperativo ético ante os danos que podem causar. *Tempo e risco* na saúde devem formar palavra composta. Sem essa consideração a atenção tardia é sinônimo de *omissão*.

Por isso *ordenar o acesso* significa ter como norte a justa organização das ações e dos serviços públicos de saúde para um coletivo de 190 milhões de pessoas. Assim impõe-se regular as portas de entrada, a atenção primária, a formação de recursos humanos, a Rename e a Renases (instituídas pelo Decreto 7.508, de 2011⁴) para que elas expressem a garantia da integralidade da assistência à saúde. Esse é o caminho para uma boa e justa governança na saúde. E que a polissemia da expressão *acesso* seja contemplada em todas as políticas públicas e sua forma organizativa para ser de fato universal e igualitária.

Para concluir, propugnamos por um sistema de saúde que incorpore ao termo acesso os mais variados matizes, como a suficiência de serviços, a eliminação de barreiras, o acolhimento, o pa-

drão de integralidade, a adequação geográfica, as realidades culturais e a precisão do tempo. O acesso é a ponte entre o cidadão e os serviços de saúde. Ela tem que ser construída de modo a permitir a ligação entre as duas margens, sem obstáculos.

Referências

1. Schmidt JP. Gestão de Políticas Públicas. Elementos de um modelo pós-burocrativo e pós-gerencialista. In: Reis JR, Leal RG, organizadores. ***Direitos Sociais & Políticas Públicas*** [Tomo 7]. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2007.
 2. Berlinguer G. ***Medicina e Política***. São Paulo: Editora Hucitec; 1987.
 3. Brasil. Lei 8080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. ***Diário Oficial da União*** 1990; 20 set.
 4. Brasil. Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. ***Diário Oficial da União*** 2011; 29 jun.
-

dências sobre ampliação da procura de cuidados e atenção e saúde, centralidade assistencial das portas de entrada da rede SUS e redução das desigualdades regionais e classes de renda são essenciais à compreensão de um sistema de saúde complexo e segmentado. Não há dúvidas sobre os importantes avanços obtidos mediante a extensão de coberturas das unidades de saúde da família. As evidências se acumulam desde os tradicionais indicadores de acesso, como ter um serviço de saúde de uso regular (condição que foi atingida por mais de 70% da população brasileira em 2008) até a maior procura por postos e centros (42%, em 1998, para quase 57%, em 2008), passando pela redução nas desigualdades, segundo classes de renda, no acesso à consulta médica¹.

Os questionamentos formulados no artigo se direcionam aos limites e contingenciamentos dos avanços. Embora o trabalho não objetive responder a pergunta a respeito das correlações entre a magnitude e a natureza dos avanços na ampliação do acesso ao SUS, tendo por referência as significativas alterações na distribuição da renda do Brasil no início do século XXI, seus subsídios contribuem para a construção de pontes entre as políticas econômicas e sociais. A disjuntiva entre a melhoria das condições de renda e da capacidade de consumo da população brasileira e o fortalecimento ou não da opção de “saída” ou “voz” está implícita no debate sobre a política nacional de saúde². Para equacioná-la é imprescindível encarar simultaneamente a velocidade de expansão do SUS e da privatização da assistência médico-hospitalar.

Segundo dados ajustados de pesquisas de emprego e renda, o dinamismo social no Brasil tem sido intenso. Entre 2003 e 2009, o contingente da população considerada miserável decresceu de 34% para 19,6% (uma variação de -42,5%)³. A expansão da capacidade instalada de equipes de saúde da família foi compatível com a observada em relação à renda. Nesse intervalo de tempo a cobertura das equipes de saúde da família aumentou 35,7% para 50,7% (equivalente a uma variação de 49%) e manteve-se nesse patamar atingindo 53,1% em 2011⁴. No que se

Entradas e Bandeiras e o SUS no Século XXI

Inputs and banners and the Unified Health System (SUS) in the twenty-first century

*Ligja Bahia*³

O artigo de Marluce Araújo Assis e Washington Abreu de Jesus tem inúmeros méritos. É relevante e oportuno ao conectar reflexões cuidadosas sobre a bibliografia disponível a respeito do tema com a declaração de compromissos de “derrotar o conformismo social”. A sistematização do conhecimento sobre acesso e SUS, acesso e atenção primária à saúde avança hipóteses, indagações e um modelo de análise da política de saúde. Além disso, a embalagem verde e amarela, escolhida pelos autores, em um contexto de importantes mudanças econômicas e sociais, torna a leitura do artigo ainda mais instigante. Os resultados não são lineares: avanços e impasses são cuidadosamente elencados. Fica para os leitores a tarefa de recusar avaliações simplificadas e seguir adiante desvendando possibilidades de implementação do SUS. O acesso é uma chave essencial à efetivação do direito à saúde. Assim, as evi-

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. ligjabahia55@gmail.com

refere aos planos e seguros privados de saúde, a velocidade de aumento dos contratos entre 2000 e 2009 situou-se em torno de 35%. Até aí uma monótona sintonia entre proporções. O que destoava nessa paisagem é a assimetria entre o incremento no faturamento da assistência suplementar e os gastos públicos. Enquanto o primeiro praticamente triplicou entre 2001 e 2009 (R\$ 22 bilhões para R\$ 65 bilhões), as despesas públicas aumentaram menos de duas vezes (R\$ 76,2 bilhões para R\$ 130,5 bilhões). Ou seja, houve um investimento diferenciado das famílias, empresas empregadoras e governo no financiamento dos serviços médicos hospitalares privados. Quem se dedica a estudar políticas de saúde sabe que tal diferenciação arrasta consigo discriminações e privilégios.

No Brasil colonial as expedições denominadas entradas e bandeiras ocorreram sucessivamente. Embora haja controvérsias sobre as características desses processos de expansão territorial, admite-se que as entradas foram empreendimentos oficiais enquanto que as bandeiras constituíram-se a partir de iniciativas particulares. Ambas as iniciativas visaram aumento das riquezas e expansão territorial. No século XXI, na saúde as iniciativas oficiais convivem com a reorganização empresarial e financeirização da saúde. Os esforços governamentais de expansão de coberturas são contingenciados pelo uso concorrente de recursos. Portanto, não é exato supor a existência de uma cobertura duplicada. Cada segmento da população dispõe apenas de determinada parcela de recursos assistenciais. Só quem tem liberdade de usar todos os recursos existentes no país são os muito ricos. Os próprios trabalhadores dos hospitais filantrópicos-privados considerados excelentes, localizados em São Paulo e no Rio Grande do Sul, não contam com os estabelecimentos onde atuam para atendê-los quando necessário. Consequentemente, as barreiras à entrada em serviços de saúde considerados excelentes são objetivas e perversas. Quem acessa os melhores serviços de saúde não são sempre aqueles com problemas mais graves. Os conceitos que exprimem com clareza a concomitante expansão do acesso ao SUS e a privatização dos serviços médicos-hospitalares são: concorrência e exclusividade. A maior parcela dos subsídios e das deduções fiscais direciona-se exatamente àquelas unidades de saúde cujo acesso é totalmente vedado para a imensa maioria dos brasileiros.

Acesso é uma expressão polissêmica, que remete a distintas categorizações e interpretações

de várias práticas sociais individuais e coletivas que não são apreensíveis como entidades fixas e imutáveis. A definição de acesso como liberdade para uso das ações e serviços de saúde não se reduz à obtenção de vagas para consultas ou exames e muito menos à inscrição de famílias e domicílios nos cadastros governamentais. A saúde é um bem social que requer a democratização do acesso a todo o acervo de conhecimentos, tecnologias e saberes bem como a participação das classes populares na definição de necessidades e aspirações relacionadas à saúde. O modelo de análise proposto pelo trabalho, ao combinar as categorias de disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade com as dimensões da política, econômico social, organizacional, técnica e simbólica, é consistente e útil para o desenvolvimento de planos e metas para o SUS. Contudo, não é plausível dissociar a reflexão sobre acesso daquela referente à justiça e à determinação social do processo saúde-doença⁵. No Brasil, o acesso independente da capacidade de pagamento pelo cuidado à saúde e aquele calibrado pelo status sócio-ocupacional são realidades palpáveis. A alternativa mais adequada para a sustentabilidade de um sistema de saúde igualitário e equânime no Brasil é o SUS. No entanto, não é assim que pensam e agem indivíduos e grupos que acabam de ascender na pirâmide de renda. Por enquanto, a adesão aos planos privados de saúde, quase sempre exigente do acionamento de estratégias coletivas, tem sido apreciada como um passaporte para a livre escolha e em certos casos sinal de distinção (ser morador de domicílio não contemplado pelo bolsa família). Assim, a privatização não é um pano de fundo e sim o principal vetor de restrição de acesso, incluindo, paradoxalmente, parcelas consideráveis de indivíduos vinculados a planos menos abrangentes.

Portanto, a profundidade e a extensão dos desafios contemporâneos do SUS requerem que as tensões entre o público e o privado sejam explicitadas e incluídas nas avaliações de políticas de saúde. Dimensões relacionadas com o acesso como confiança de obter cuidado quando necessário, que remetem a perspectivas de atendimento em sistemas públicos abrangentes e qualificados, podem contribuir para discernir valores, práticas e concepções envolvidas com a passagem da população no sistema de saúde público e privado. Anteriormente, a exploração das riquezas e a escravização dos índios por entradas e bandeiras desembocou na conquista de imenso território, o qual abriga imensas desigualdades. Sem contra-

pesos democráticos, o acesso pode ser confundido como marketing governamental ou fetiche liberal. O estudo de Marluce e Washington, ao nos alertar exaustivamente sobre as persistentes desigualdades na exposição aos riscos à saúde e diferenças no acesso aos meios para evitá-los, revê latitudes e longitudes à aproximação da universalização. A melhor rota de navegação pelo sistema de saúde brasileiro é sempre aquela capaz de discernir em suas supostas dicotomias e polarizações, contradições e continuidades.

Referências

1. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Revista Radis* 2010; 96:12-19.
 2. Hirschman A. *Saída, voz e lealdade*. Editora Perspectiva: São Paulo; 1973.
 3. Quadros W. *Em 2009 a heterodoxia afastou a crise social*. Campinas: Unicamp; 2011. (Texto para Discussão IE, n.189)
 4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 2012. [site na Internet]. [acessado 2012 set 28]. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jpg
 5. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-268.
-