

ACESSO À SAÚDE

Isabel Gonçalves da Silva

Antes da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços de saúde era condicionado à existência de vínculo trabalhista, à filantropia oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia ou à prática liberal da medicina, cujo consumo era realizado via mercado. O SUS inaugurou na realidade brasileira uma opção vinculada ao exercício da cidadania, isto é, o direito de todos e o dever do Estado.

Gestado entre o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980, o SUS é resultado de uma disputa entre aqueles que defendiam o modelo de saúde privada e o movimento da Reforma Sanitária. Instituído pela Constituição Federal de 1988, pela primeira vez na história foi garantido legalmente o acesso de toda a população, sem distinção, aos serviços de saúde, tendo como base para isso os princípios fundamentais contidos na Lei nº 8.080/1990 e na Lei n.º 8.142/1990, com destaque para os princípios da universalidade e da equidade.

A universalidade pressupõe que as ações e os serviços de saúde sejam alcançados por todos/as, sem a exigência de qualquer condicionalidade, quer dizer, o SUS é para toda a população e isso independe da condição de gênero, raça, classe social, local de moradia, vinculação formal ao mercado de trabalho, orientação sexual etc.

Dada a complexa realidade social brasileira, marcada por profundas desigualdades, restou um impasse: como atender os desiguais de forma igualitária? Entendida como a possibilidade de ofertar tratamento desigual aos que são desiguais, a equidade visa atender cada indivíduo dentro das suas necessidades, objetivando, por meio desse entendimento, alcançar a igualdade.

O acesso às ações e serviços de saúde do SUS são condicionados a uma organização sistêmica, em que há a presença de uma rede regionalizada e hierarquizada. Isto é, a regionalização corresponde à distribuição dos equipamentos de saúde em um território, e a hierarquização organiza esses serviços em níveis de complexidade. No SUS, a porta de entrada para os outros níveis de complexidade é a Atenção Primária à Saúde. Ela organiza e coordena o acesso à atenção ambulatorial especializada e hospitalar, ou seja, à média e à alta complexidade em saúde. A ideia de rede em saúde, segundo Paim (2009), pressupõe a interligação entre os serviços, de modo que eles possam estabelecer comunicações entre si.

A partir da organização proposta para o SUS, concordamos com Giovanella e Fleury (1996) quando destacam que a trajetória brasileira de concretização da política de saúde aponta para a centralidade do conceito *acesso*. Nossa perspectiva, entretanto, considera que esse debate deve ser travado a partir de análises do contexto político e econômico inaugurado no Brasil dos anos 1990, que, com base na *racionalidade hegemônica burguesa*, tem no gerenciamento das políticas sociais a supremacia do caráter técnico, e não mais político, além de fazer uso da “administração gerencial, dos fundamentos formais-abstratos, de forma bastante imbricada com a repressão dos segmentos populares mais autônomos” (SOARES, 2020, p. 40).

A partir disso, faz-se necessário revisitar alguns elementos presentes no debate sobre o acesso, para em seguida analisá-lo à luz das contradições impostas ao Sistema Único de Saúde (SILVA, 2022). Cabe dizer que há diferentes abordagens sobre a temática do acesso,

não sendo essa discussão unânime entre os pensadores que se debruçam sobre ela. O que se tem em comum é o entendimento de que acesso é um termo complexo e de difícil definição.

Para Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde engloba tanto aspectos políticos quanto econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, por isso é considerado um tema multifacetado e multidimensional.

Seus diversos aspectos podem ser identificados na pesquisa elaborada por Giovanella e Fleury, que indicam quatro modelos de abordagens teóricas distintas de onde podemos partir para compreender o conceito. O primeiro modelo é o *economicista*, que busca rastrear o padrão de consumo da população, através da relação entre oferta e demanda, e representa o aspecto econômico. O segundo caracteriza o SUS e é denominado de *sanitarista-planificador*, sendo aquele que, para as autoras, tem no acesso a “possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 192). Tal rede, por sua vez, deve ser regionalizada, hierarquizada, ágil, no que se refere a execução de processos administrativos para facilitar o atendimento, devendo ainda garantir informações adequadas sobre os serviços à população usuária, e um sistema baseado nos princípios de referência e contrarreferência. Esse modelo tecnicista garante o acesso a partir da ação planejada pelo Estado. No entanto, descrevem que

A incapacidade crônica das políticas de saúde de integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, substituindo a desarticulação existente pela alocação planejada dos recursos, torna esta concepção do acesso mais uma “imagem-objetivo” do que uma realidade a ser analisada (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 193).

O terceiro modelo é o *sanitarista-politicista*, que tem como conceito-chave a ideia de consciência sanitária e exprime seu caráter político. O quarto e último modelo busca resgatar o lugar do sujeito histórico, destaca o aspecto simbólico, e foi denominado pelas autoras de *modelo das representações sociais*.

Para os estudiosos, o significado de acesso às ações e serviços de saúde muda ao longo do tempo e do contexto em que é empregado, assim como sua terminologia, que na literatura pode aparecer sob o substantivo *acessibilidade*, *acesso* ou *ambos* (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Giovanella e Fleury, por sua vez, afirmam que quanto à terminologia, quem faz uso do substantivo *acessibilidade*, o faz para caracterizar a dimensão da oferta de serviços de saúde, que pode assumir uma característica mais geral ou ser restrita à acessibilidade geográfica.

Starfield (2002) caracteriza a acessibilidade como elemento estrutural para a primeira atenção ou para o acesso. Recupera sua dimensão geográfica ao afirmar que “para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema” (STARFIELD, 2002, p. 226).

Para aqueles que utilizam o termo acesso, ele exprime a entrada inicial nos serviços de saúde, prevalecendo a ideia de que acesso é “uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 197).

Para Dantas *et al.* (2021), o acesso se expressa na oportunidade de utilização dos serviços de saúde no tempo necessário e pode apontar dimensões que facilitam ou dificultam

a capacidade da população em utilizá-los. Essas dimensões são caracterizadas por Giovanella e Fleury (1996) como aptas a descrever a relação “entre os clientes e o sistema de cuidados em saúde”, a saber: a *Disponibilidade*, caracterizada como a relação entre a capacidade e o tipo de serviço existente, e o volume e o tipo de necessidade dos usuários; a *Acessibilidade*, entendida como a relação entre a localização do serviço e dos usuários e os recursos necessários para seu alcance, tais como transporte, distância, e os custos; a *Acomodação ou Adequação Funcional*, que é a “relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 190); a *Capacidade Financeira*, que como o nome mesmo já diz, refere-se a possibilidade de arcar financeiramente com os custos do serviço; e a *Aceitabilidade*, sendo mais subjetiva, relaciona-se com a atitude entre usuários/as e equipe do serviço de saúde.

Ressalte-se que o termo *cliente* sugere uma relação contratual ocorrida nos marcos do mercado, no qual o sujeito se torna comprador de um bem ou serviço. Ao ser incorporado no debate sobre saúde, tal termo carrega consigo a ideia de que a saúde é uma mercadoria. Também é possível identificar na literatura que o termo cliente surge como uma opção ao adjetivo paciente, “aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado” (BRASIL, 2008, p. 69). Já o termo usuário, utilizado e defendido pelo Serviço Social, é considerado mais abrangente, pois inclui tanto aqueles que são atendidos e usam diretamente os serviços de saúde quanto seus familiares e acompanhantes.

Cabe destacar que são as necessidades de saúde de cada sujeito que determinarão os percursos necessários para acessar os serviços e as tecnologias em saúde. Para Stotz (2016), as necessidades de saúde são entendidas como a possibilidade de gozar de saúde, frente às carências do organismo, do contexto ou da coletividade. Ele também resgata a dimensão social das necessidades de saúde, fruto das relações do trabalho e do trabalho explorado, presente na sociedade capitalista, e afirma que

O estado de saúde, as possibilidades e dificuldades de exercer rotineiramente as atividades vitais, bem como a satisfação de carências físicas, emocionais e espirituais, variam de acordo com a posição social de grupos de indivíduos face aos meios de produção e de vida, ou seja, se eles têm ou não a propriedade desses meios (STOTZ, 2016, p. 69, grifos do autor).

O conceito de determinação social da saúde admite que o processo de saúde-doença é condicionado pelas formas de produção e reprodução social no sistema capitalista. Isso vai definir as características do modo de viver, adoecer e morrer de cada homem e mulher que se insere nesse processo (CORREIA, 2021). Assume-se então que as desigualdades sociais, fruto da distribuição desigual de riquezas, manifestam-se através do acesso diferenciado à renda, à saúde, à educação e à cultura.

No que se refere ao acesso à saúde, tenta-se suprimir essas desigualdades pelo princípio da equidade. Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. 220) afirmam que a equidade

[...] corresponde a um instrumento da justiça concreta concebido para resolver as antinomias ou contradições entre as diversas fórmulas da justiça formal. A equidade corresponde, dessa forma, a uma intervenção

de agentes sociais, quando assumem o papel de juiz, sobre situações de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde.

O giro ideológico que marcou as políticas sociais durante os anos 1990 – com o rompimento do pacto de bem-estar social nos países de capitalismo central substituindo-o pelo ideário neoliberal – alterou a participação do Estado, que passou a assumir características voltadas para as demandas do capital “centrado na eficácia do gasto público e na assunção das despesas sociais, inclusive com a saúde, pelos indivíduos e famílias” (STOTZ, 2016, p. 69).

No Brasil, a efetivação dos princípios do SUS foi ameaçada desde a sua aprovação, com destaque para as contrarreformas do Estado, de caráter explicitamente neoliberais, que em meados dos anos 1990 davam contorno à condução das políticas sociais, fazendo com que a Constituição Federal de 1988 fosse entendida como um atraso ao projeto de modernidade que defendia políticas focalizadas na contramão do ideário universalista (MENICUCCI, 2004).

Os governos brasileiros do século XXI apresentaram aspectos de inovação, mas também de continuidade na condução das políticas sociais. Esse movimento foi caracterizado por Behring como *ajuste fiscal permanente*. Para a mesma autora, esses movimentos de avanço sobre o fundo público “têm impactos sobre a política social e a materialização dos direitos que percorrem todo o período da redemocratização” (BEHRING, 2019, p. 44). Seu início foi marcado pelo contexto político e econômico dos anos 1990, permeou os governos de conciliação de classe petistas, ganhando novas configurações, a partir de 2016, com o recrudescimento do neoliberalismo e de um novo regime fiscal de caráter ultraneoliberal.

Como expressão da contrarreforma na saúde, podemos apontar a adesão aos *novos modelos de gestão*, que prometiam “novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade [no atendimento das demandas sociais] para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório” (GRANEMANN, 2008, p. 2). Os novos formatos de gerenciamento estão expressos nas Fundações Estatais, nas Organizações Sociais e em tantas outras de personalidade jurídica de direito privado, que possuem autonomia na contratação de força de trabalho e na alocação de verbas advindas do fundo público. No entanto, esse modelo privatiza as políticas sociais na sua forma mais perversa, aquela que acontece por dentro dos serviços públicos (GRANEMANN, 2008). No que se refere a discussão sobre o financiamento, é possível apontar que nos últimos trinta anos, que coincidem com a existência do SUS, o “Estado brasileiro não deixou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 23). Os mesmos autores destacam ainda dois aspectos que têm contribuído para prejudicar o financiamento do SUS: a Desvinculação das Receitas da União e as renúncias fiscais.

A Desvinculação das Receitas da União, criada desde 1994, pressupõe a retirada de receitas do Orçamento da Seguridade Social para a realização do pagamento de juros da dívida, “em respeito à já histórica política do governo federal de manutenção do superávit primário, sob as exigências do capital fictício dominante na fase contemporânea do

capitalismo” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 25). Já as renúncias fiscais têm aumentado e podem ser identificadas nas renúncias do Imposto de Renda tanto de pessoa física como de pessoa jurídica “[...] que apresenta despesas com serviços de saúde privados e também às concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), além das relativas à indústria farmacêutica” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 25).

Todos esses aspectos impactam negativamente na forma como o SUS será executado, na qualidade e na disponibilidade dos serviços oferecidos, e como a população acessará a eles.

Chamado/a a atuar nas contradições presentes no processo de racionalização e reorganização do SUS (COSTA, 2009), o/a assistente social recebe como demanda da população usuária o resultado da fragmentação causada pelo gerenciamento pautado na racionalidade burguesa. Isso se expressa na falta de vagas, insumos, e recursos humanos. O aumento da demanda por ações e serviços de saúde não é acompanhado pela ampliação da capacidade de atender aos que buscam por cuidados.

Na política de saúde, o trabalho dos/as assistentes sociais, quando articulado aos princípios da Reforma Sanitária e ao projeto ético-político, se conforma como uma importante ferramenta para a promoção do acesso universal, integral e equânime à população usuária. No entanto, os desafios são muitos, como apontado anteriormente.

A universalização, princípio que buscou romper com a fragmentação do acesso, hoje se expressa de forma excludente, visto que a partir dos anos 1990 – com a diminuição das intervenções do Estado nas demandas da classe trabalhadora para atender as demandas do capital – o serviço público de saúde, levado a deterioração e sucateamento foi relegado às camadas mais populares, empurrando para o setor privado os usuários de classe média.

Sendo assim, refletir sobre o projeto profissional e como desenvolvê-lo, tendo em vista a ampliação e consolidação da cidadania que perpassa pela promoção do acesso à saúde supõe articulá-lo a duas dimensões: “de um lado as condições macrosociedades, que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 2012, p. 40), e de outro, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas que possibilitam analisar e projetar sobre os limites e possibilidades postos pela realidade e que são objeto de intervenção da assistente social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A de. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc. Saúde Colet.*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acesso-aos-servicos-de-saude-abordagens-conceitos-politicas-e-modelo-de-analise/10932?id=10932&id=10932&id=10932>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- BEHRING, E. R. Ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil de redemocratização. In: SALVADOR, E; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (Orgs.) *Crise do capital e fundo público: Implicações para o trabalho, os direitos e a política social*. São Paulo: Cortez, p. 43-65, 2019.
- BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Disponível em:

- <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 30 de out. de 2022.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 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, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 01 de set. de 2022.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 01 de set. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em 8 de jan. de 2023.
- CORREIA, D. O trabalho superexplorado como determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano. In: VASCONCELLOS, L. C. F. *et al.* (Orgs.). Saúde do trabalhador em tempo de desconstrução: Caminhos de luta e resistência. Rio de Janeiro: CEBES, p. 245-247, 2021. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/almanaque_st.pdf>. Acesso em 11 de out. de 2022.
- COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; ABEPSS; OPAS; Ministério da Saúde, p. 304-351, 2009.
- DANTAS, M. N. P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol., Rio de Janeiro, v. 24, p. 1-13, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 11 de out. de 2022.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Serviços de saúde: Acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: Acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). Política de saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>>. Acesso em 15 de out. de 2022.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: Projeto de estado do capital In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs.) Política de Saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: AdUFRJ; Projeto Pela Saúde, Faculdade de Serviço Social, UERJ, p. 1-9, 2008.
- IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. Atribuição privativa do/a assistente social em questão. 1. ed. amp. Brasília: CFESS, p. 33-74, 2012. Disponível em:

- <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- MENDES, Á.; CARNUT, L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: Golpe e desfinanciamento. *Revista Ser Social*, Brasília (DF), v. 22, p. 9-32, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- MENICUCCI, T. M. G. História da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: Mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 5. De jun. de 2021.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- SILVA, I.G. Em busca do acesso integral nos serviços de saúde: Um estudo sobre a realidade da população atendida pelo Serviço Social do Ambulatório de Cardiologia da Policlínica Piquet Carneiro. Trabalho de Conclusão de Residência. Faculdade de Serviço Social\UERJ, RJ, 2022.
- SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>>. Acesso em 16 de out. de 2021.
- STARFIELD, B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- STOTZ, E. N. Necessidades de Saúde: Conceito, Valor e Política. *Intervozes: Trabalho, saúde, cultura*. Petrópolis (RJ), v. 1, n. 1, p. 66-86, maio/out. 2016. Disponível em: <https://www.fmpfase.edu.br/intervozes/content/pdf/edicao/intervozes_01_vol_01.pdf>. Acesso em 13 de out. de 2022.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15, supl. 2, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/?lang=pt>>. Acesso em 27 de nov. de 2022.