



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Abreu de Jesus, Washington Luiz; Araújo Assis, Marluce Maria
Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do
planejamento
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 1, enero, 2010, pp. 161-170
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012432018>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento

Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions

Washington Luiz Abreu de Jesus¹
Marluce Maria Araújo Assis²

Abstract This article aims to discuss the category access to health services and the Planning contributions to building it on SUS. The central discourse axis refers to the connection between theoretic and practice planning on the Collective Health field related to different analysis dimensions of access: economic, technical-assistential, political and symbolic, described theorists in the field. The dimensions evidence contributions of subjects/authors for greatest approximation to the health reality of country; regarding the understanding of symbolic elements that determinate intervention in health-disease process, as well as regarding the different ways of organization of the Health System and policies, observed in its political, economic, technical-assistential components. Key words *Health planning Access to health services, Health system, Collective health*

Resumo Neste artigo, procura-se discutir a categoria acesso aos serviços de saúde e as contribuições do planejamento para sua construção no âmbito do SUS. O eixo central discursivo refere-se à conexão entre teoria e prática do planejamento no campo da saúde coletiva relacionado às diferentes dimensões de análise do acesso: econômica, técnico-assistencial, política e simbólica, retratadas por teóricos da área. As dimensões evidenciam a contribuição dos sujeitos/autores na busca de uma maior aproximação com a realidade de saúde do país, tanto na compreensão dos elementos simbólicos que determinam as intervenções sobre o processo saúde-doença, quanto nas diferentes formas de organização do sistema de saúde e das políticas, percebidas em seus componentes políticos, econômicos e técnico-assistenciais.

Palavras-chave Planejamento em saúde, Acesso aos serviços de saúde, Sistema de saúde, Saúde coletiva

¹ Departamento de Saúde [Medicina Preventiva e Social], Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina s/n, Novo Horizonte. 44036-900 Feira de Santana BA. washingtonluiz.abreudejesus@gmail.com

² Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

Introdução

Este artigo apresenta uma revisão e análise dos conceitos de acesso aos serviços de saúde, contemplando o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com a pretensão de estabelecer conexões entre a discussão teórica e a prática do planejamento no campo da saúde coletiva.

Inicia-se a discussão trazendo a definição de acesso, segundo o Dicionário Houaiss da Língua portuguesa¹: “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Ao estabelecer uma relação desta definição com os serviços de saúde, pode ser entendida como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.

Pustai² discute acesso no contexto dos princípios do SUS, explicitando suas características legais e suas características históricas e a função teleológica – ação racional organizada para produzir um fim, uma finalidade –, da cidadania na produção dos serviços de saúde.

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população².

Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; configura-se como um “dispositivo” transformador da realidade. Partindo da concepção de que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania, corroborando com a idéia de Campos³, que determina como elemento reformador do pensamento da sociedade para a construção de sistemas de saúde, de acordo com as necessidades socialmente determinadas, a consciência sanitária.

Campos⁴ apresenta o “dispositivo”, definido como aquilo que propicia, faz advir. Pode-se dizer que esse termo configuraria uma nova concepção se não estivesse engendrado por um número significativo de elementos que o destaque ao nível de categoria analítica. O fato é que considerar o planejamento um dispositivo é nada

mais que assumir o fato de ser “ele” o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir com os objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida.

É sob a égide da concepção de dispositivo que o planejamento no campo da Saúde Coletiva se institui com vistas a garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde e como categoria analítica importante na construção teórico-prática do cotidiano no SUS. Assim, os conceitos da temática em discussão extrapolam a dimensão de elemento de análise e se colocam como categoria analítica, permeada por elementos históricos, numa perspectiva de transformação da realidade.

Para o desenvolvimento do texto, apresentam-se as dimensões analíticas do conceito de acesso, sintetizadas a partir da re-interpretação de teóricos da área; em seguida, numa tentativa de esforço de síntese, discutem-se os dispositivos do planejamento em saúde relacionados às diferentes dimensões de análise: econômica, técnico-assistencial, política e simbólica.

Acesso como categoria analítica: conexão entre teoria e prática do planejamento no campo da Saúde Coletiva

Giovanella e Fleury⁵ discutem que acesso é categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Discutem-no à luz dos modelos teóricos das diversas conceituações do termo ao longo da história.

No tocante às dimensões específicas, a “disponibilidade” é entendida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades; a “acessibilidade”, como a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos; a “acomodação ou adequação funcional”, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; a “capacidade financeira”, como relação entre os custos dos serviços, seja de entrada, de manutenção ou de saída; e, por fim, a “aceitabilidade”, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os tra-

balhadores de saúde e sobre as características das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários⁵.

A relação entre a categoria em discussão e o planejamento da saúde vem sendo construída historicamente, a partir da análise dos modelos teóricos construídos no decurso de momentos intimamente relacionados aos contextos, nos quais se desenvolveram as suas diferentes conceituações.

O “modelo economista”⁵ estaria relacionado ao mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos que influenciariam na relação entre a oferta de serviços e demanda pelos mesmos. A intervenção estatal seria capaz de moldar a forma de organização da produção da assistência médica e conformação da demanda, a partir de diferentes grupos populacionais para alcançar os bens e serviços de saúde.

O planejamento, nesse sentido, visa responder a uma demanda predeterminada, isto é, determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O ato de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde, de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório de medição, da relação usuário/serviço.

O “modelo sanitário-planificador” se caracteriza pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo, garantida pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema de organização baseado nos princípios da referência e contra-referência⁵. Os processos administrativos seriam ágeis com garantia de informação adequada ao usuário sobre os procedimentos e serviços existentes para a sua utilização.

Trata-se de um modelo numa visão técnica, pautado na concepção da uniformidade, estabelecido através da atuação dos sujeitos planejadores vinculados ao aparelho do Estado. Isto é, os sanitários são os sujeitos do planejamento a serviço do Estado. Está intrinsecamente ligado à idéia do “planejamento normativo re-formado”, ou seja, um modelo de planificação que se aproveita da tecnoburocracia para estabelecer os dispositivos de garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde – um resgate da razão instrumental, apontada por Campos⁴, porém numa dimensão diferenciada, reinventada no aparelho burocrático do Estado, cujos resultados estariam relacionados a gradientes de eficácia, eficiência e efetividade, obtidos a partir da integração

de recursos da epidemiologia, da administração pública e da saúde pública.

O “modelo sanitário-politicista” surge como um outro olhar sobre a discussão do acesso e sua relação com o planejamento no campo da saúde coletiva. Alicerçado na concepção formulada por Berlinguer⁶ e analisado por Campos^{3,7} e Giovanella e Fleury⁵, em que a população adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam à organização social da prática médica, num processo de (des) alienação, ou seja, rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária, entre as quais a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho.

O acesso, na perspectiva do “modelo sanitário-politicista”, é um direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente, num conceito ampliado, de base marxista, explicitando a construção do sistema e a conformação das práticas de maneira participativa, com cidadania, intervindo na gestão através do controle social.

Por fim, o “modelo das representações sociais” é apresentado por Giovanella e Fleury⁵ como uma nova possibilidade na determinação do acesso como categoria de análise e do planejamento. Partem do princípio que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença, em que os sujeitos coletivos e históricos são seus artífices, suportes e mediadores. Significa dizer que a base das representações sociais é o substrato social⁸. Os sujeitos são coletivos e históricos, pois estão imersos na história, dela fazem parte e nela se sustentam nos momentos em que a consciência coletiva, instituída a partir das relações de dominação, conflita com a realidade subjetiva.

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde⁵.

Com base no modelo analítico desenvolvido por Giovanella e Fleury⁵, ressignificado por Assis *et al*⁹ e aprofundado por Abreu de Jesus¹⁰, partiu-se para um outro movimento interpretativo, tomando como referencial teórico Santos¹¹ e Al-

buquerque¹². O esforço de análise possibilitou estabelecer uma síntese explicativa, retratada no Quadro 1 e discutida na sequência do texto.

As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular. Para isso, é imprescindível a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, que se materializam na produção de novas realidades sociais para buscar maior universalidade e equidade: em relação oferta/demanda; em maior aproximação da realidade, na organização dos sistemas hierarquizados de atenção à saúde; em maior capacidade de emancipação com a produção de sujeitos sociais individuais e coletivos capazes de impulsionar a história na direção da transformação; e em maior compreensão dos elementos subjetivos no momento de determinar as atividades para intervir sobre o processo saúde-doença e sobre as organizações de saúde, consideradas complexas por natureza.

Dispositivos do planejamento em saúde para buscar equilíbrio na relação oferta/demanda no âmbito do SUS: a dimensão econômica do acesso aos serviços de saúde

A relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. É o pilar de sustentação da dimensão econômica aos serviços de saúde.

Aí está o desafio da planificação em saúde no Brasil: “estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade”⁵. Quem tem acesso à saúde tem possibilidade de alcançar o trabalho e a remuneração e, por conseguinte, aproxima-se do mercado, sendo, portanto, consumidor em potencial, copartícipe das definições de fluxos mercadológicos, direcionando o raciocínio das instâncias reguladoras estatais para a produção dos serviços de assistência à saúde.

Se o desafio do SUS é garantir acesso com disponibilidade de serviços e recursos; acessibilidade; adequação funcional; capacidade financeira; e aceitabilidade por parte de trabalhadores e usuários. Então, o lema é desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do

Quadro 1. Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde.

Acesso aos serviços de saúde			
Dimensão econômica	Dimensão técnica	Dimensão política	Dimensão simbólica
Equidade; rationalização; relação entre oferta e demanda.	Planejamento; organização; regionalização; hierarquização; definição de fluxos; qualidade; resolutibilidade dos serviços de saúde.	Políticas de saúde; conformação histórico do modelo de atenção à saúde; participação da comunidade.	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.
Totalidade concreta			
Buscar o equilíbrio na relação oferta / demanda	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada	Desenvolver consciência sanitária e organização popular	Abordar as representações sociais da atenção à saúde dos serviços de saúde
Universalização do acesso aos serviços de saúde			

modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda¹³, já entendendo que a ação mercadológica privilegia essa relação na sua definição.

Em que pesem os paradoxos historicamente estabelecidos neste cenário, a relação oferta/demandas tem sido utilizada por muitos planejadores do campo da Saúde Coletiva como substrato para desenvolver dispositivos tecnológicos capazes de superar as adversidades impostas pelo modelo neoliberal, numa luta entre concepção contra-hegemônica e prática hegemônica.

Campos⁴ apresenta o caráter de tensão-contração do planejamento na discussão da sua racionalidade instrumental, explicitando uma dada crise ancorada nos paradoxos existentes entre a concepção e a prática do planejamento na década de noventa, período de consolidação do SUS. Uma visão que resgata a ação do planejamento na prática, fazendo um contraponto entre sua operacionalidade, isto é, sua razão instrumental; e sua aproximação com a realidade, entendida como dinâmica de relações entre sujeitos, teoria e prática.

O contexto do neoliberalismo instalado no Brasil propunha uma reforma liberal/produtivista – um modelo de reforma da seguridade social baseada numa lógica competitiva de mercado – para o sistema de saúde, a exemplo do processo de reforma da previdência social; uma contraposição à consolidação do SUS, um modelo universal/publicista, um modelo de reforma previdenciária instaurado no Brasil com o processo de redemocratização ocorrido entre 1975 e 1992, desenvolvido no processo de transição e consolidação democrática, cujas diretrizes apontavam para a universalidade e equidade no acesso da população aos serviços de saúde, que deveriam se organizar, sob a tutela do Estado, para garantir integralidade da atenção à saúde¹⁴.

Um estudo que trata da relação entre demanda e oferta foi realizado por Campos¹⁵ diz respeito à importância dos inquéritos epidemiológicos em saúde, enquanto possibilidades de monitoramento da disponibilidade de serviços e recursos, da acessibilidade, da acomodação ou adequação funcional dos serviços, da capacidade financeira e da aceitabilidade dos usuários. Os inquéritos de saúde possuem uma ação demandante sobre os serviços e servem para detectar necessidades invisíveis, geralmente não explicitadas pelos usuários, no momento que procuram os serviços de saúde para um atendimento convencional, seja uma consulta ou um simples procedimento de prevenção.

As demandas invisíveis possivelmente detectadas através dos inquéritos epidemiológicos seriam elementos que subsidiariam o planejamento, a programação, a orçamentação e a avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Serviriam para auxiliar o processo de planejamento, podendo facilitar a adequação da oferta dos serviços à prevalência dos problemas de saúde autorreferenciados, de forma a garantir maior aporte aos recursos disponíveis, enquanto novos investimentos atinjam o aumento da disponibilidade de serviços¹⁵.

Em que pese a visão economista enraizada na discussão da relação oferta/demandas, o desafio dos planejadores está posto no momento em que se assume que as práticas do cotidiano nessa relação devem estar pautadas no paradigma da integralidade, enquanto ação social resultante da permanente interação de atores, em planos distintos de atenção à saúde (individual e coletiva), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados¹⁶.

Organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso aos serviços no SUS: uma dimensão tecnoassistencial

A organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Assenta-se sobre o “modelo sanitário-planificador”, que tem como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integralidade.

A regionalização remonta experiências internacionais, como as desenvolvidas na Inglaterra, o “sistema Dawson”, com o sistema de saúde do tipo universal, criado na década de vinte, que tinha as seguintes bases territoriais: definição de população-alvo; organização da rede assistencial de acordo com níveis de complexidade; a noção de porta de entrada; e a existência de mecanismos de referência¹⁷.

Na União Soviética e países socialistas europeus, com o “sistema Semashko”, que adotava a mesma lógica operacional do sistema inglês, diferenciando-se apenas pelo fato de seu financiamento ter sido feito diretamente pelo Estado, de modo centralizado e com alto grau de normatização¹⁷.

Na Alemanha, com o “sistema Bismark”, que introduziu a lógica da seguridade social, que de-

terminava que o ingresso aos serviços de saúde estivesse na dependência de uma vinculação formal dos usuários ao sistema de empregos¹⁷.

A regionalização e a hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da organização da assistência à saúde na década de vinte, com o desenvolvimento dos serviços previdenciários; ou com a luta pela reforma sanitária, desencadeada a partir da década de setenta. Tiveram sua introdução nos conceitos norteadores do SUS com a Constituição de 1988 e sua concretização a partir da divulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001¹⁸.

Sob os auspícios da regionalização enquanto princípio, foram desenvolvidos no Brasil conceitos como níveis de complexidade da atenção, referência, contrarreferência, população referenciada, dentre outros, que servem para orientar a discussão dos processos integrados de gestão e propiciar atendimento em saúde com resolutibilidade em unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica, num contexto de acomodação da densidade tecnológica, aliada à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade financeira de captação de novas tecnologias.

Toda formatação do processo de regionalização e hierarquização na era SUS vem sendo desenvolvida com base na apresentação da dimensão organizativa dos modelos assistenciais, com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica. A organização hierárquica estabelecida numa microrregião de saúde¹⁸ possibilita, então, a criação de possibilidades de alcançar uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população.

O campo da Saúde Coletiva trata a questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede, engendrada à discussão dos modelos tecnoassistenciais, observando sua conformação e organização, seus fluxos, seus programas e as possibilidades de reorganização, para garantir o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade. Parte-se de ponderações teórico-conceituais até o desenvolvimento de estratégias de organização de redes assistenciais, avançando inclusive para a avaliação de resultados, se utilizando de metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão.

A hierarquização dos serviços e sua disposição em rede é um processo que está em construção no Brasil. As redes assistenciais se constitu-

em num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde numa dada região, entendida como a base territorial e populacional que tem autossuficiência até o nível de complexidade que se define, englobando a estrutura geopolítica do país ou estado: cidades ou uma única cidade ou parte da mesma, reservadas as especificidades e peculiaridades de cada realidade¹⁷.

A relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços deve se dar com o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência, o que é premissa para a determinação das linhas de cuidado na busca da integralidade assistencial. Neste sentido, a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal defendida no modelo do círculo, apresentado por Cecílio¹⁹.

Ressalta-se estudo realizado sobre o panorama atual da atenção aos defeitos congênitos no Brasil, que toma como base de análise os documentos oficiais do Ministério da Saúde e dados levantados nos sistemas de informações sobre mortalidade e internações hospitalares²⁰. A partir do levantamento da situação inicial, confrontando dados oficiais de diagnóstico das deformidades com os dados relativos à oferta de serviços assistenciais, distribuição geográfica dos mesmos e suas características de atendimento, os autores discutiram o impacto dos defeitos congênitos sobre o sistema de saúde, as ações governamentais disponíveis para enfrentamento desses problemas e propuseram, com base no material condensado, a elaboração de uma política de saúde voltada para a problemática, corroborando, assim, com a idéia de sistematização de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para atenção a essa população específica.

Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular no âmbito do SUS: a dimensão política do acesso aos serviços de saúde

Giovanella e Fleury⁵, inspiradas em Berlinguer⁶, definem “consciência sanitária” como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade, sendo ne-

cessária uma ação individual e coletiva para alcançá-la. Trata-se de um componente cognitivo através do qual a população comprehende a determinação social do processo saúde/doença e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde. A construção do acesso nesse sentido se dá pela participação cidadã e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão.

Testa²¹, por sua vez, discute “consciência sanitária” no contexto de suas reflexões sobre o pensamento estratégico, remontando à questão da prática médica, sua evolução histórica. Para tanto, propõe a necessidade de se imprimir uma lógica democrática a essa prática, superando a falsa consciência, desarticulada da realidade objetiva e da contextualização histórica da vida cotidiana.

Campos³ coaduna com as impressões e considerações de Testa²¹, acrescentando que a superação do paradigma autoritário seria possível, no momento em que houvesse uma profunda unidade entre a construção do conhecimento e da prática social dos homens, como resultado do desenvolvimento das forças produtivas, dos saberes e da ordem política e ideológica. Nesse sentido, culminaria com a ampliação dos direitos sociais, a instauração de níveis progressivos de cidadania e a participação de contingentes populacionais, cada vez mais amplos nos esquemas de poder e de governo, da vida e sociedade.

A “consciência sanitária” também nos remete à (des) alienação, conceito trabalhado tanto por Giovanella e Fleury⁵ quanto Campos⁷, explicitando-o como produção de sujeitos transformados socialmente e capazes de transformar realidades. Nesse contexto, evidenciam-se os aspectos desta dimensão do acesso, tratando da questão da organização popular e do controle social, como elementos de transformação política.

Partindo do princípio que a entrada nos serviços de saúde está entrelaçada por elementos históricos que sempre o conduziram a uma situação de dominação, ante às condições socioeconómicas, o que, efetivamente o subjuga ao *status* de imagem-objectivo; a democracia lança mão dos seus dispositivos para fomentar na sociedade a organização popular e o controle social para garantir e consolidar este ingresso. Um movimento de reconquista, tendo em vista o contexto privatizante que o modelo neoliberal impõe aos serviços de saúde e à sua lógica de organização.

A dimensão política do acesso, aliada aos seus aspectos de consciência cidadã e organização popular, reflete a intenção de se fazer uma revo-

lução pacífica na relação oferta/demandas e uma indução à constituição de redes assistenciais capazes de dar conta do passivo social em saúde instalado no país, tendo a integralidade como eixo condutor das práticas de saúde e como paradigma assistencial predominante no momento do planejamento dos serviços.

É no bojo da discussão dessa dimensão que se institui o controle social, enquanto definidor do acesso à saúde num processo histórico que, partindo do reconhecimento da realidade, busca superar a racionalidade hegemônica imposta pela dominação do Estado sobre a sociedade, conduzindo a um redirecionamento processual, com a instalação de uma nova realidade, calcada no controle da sociedade sobre o Estado sob os auspícios da democracia.

Neste sentido, Assis²² afirma que o controle social não pode ser tratado como forma do Estado manter a ordem e coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado. A participação social não seria entendida apenas como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia. Processo que, segundo a autora, está em construção nos espaços institucionais do SUS.

Essa “maior autonomia” identificada por Assis²² coaduna com a idéia de (des) alienação discutida por Campos⁷, sendo, portanto, o ponto de conexão entre a ação política para a transformação dos sujeitos e a prática para implementar um processo de mudanças, corroborando, novamente, com a concepção de superação do paradigma do autoritarismo, que se expressa no momento em que se atinge o patamar de consciência sanitária social plena – uma utopia a ser alcançada.

Os conselhos de saúde e as demais instâncias de controle, participação e organização social se configuram no arcabouço institucional do SUS como o estratagema para o enfrentamento da dominação hegemônica neoliberal, da alienação dos sujeitos e dos coletivos, nos espaços institucionais na busca dessa consciência sanitária social plena.

Cecílio¹⁹, ao discorrer sobre os modelos tecnοassistenciais em saúde no tocante à sua conformação hipotética quanto aos fluxos dos usuários, apresenta o modelo círculo como estratégia para qualificar as portas de entrada, a fim de que se possam alcançar espaços privilegiados de acolhimento, vínculo e responsabilização no cuidado com a saúde, individual e coletiva. Para

chegar a essa imagem-objetivo, propõe a construção de protocolos assistenciais e a adscrição de clientela como instrumentos técnicos de reorganização dos fluxos e também destaca a necessidade de se estabelecerem os vínculos provisórios como tecnologias leves de revolução tecnológicas dos processos de trabalho, o que, por si só, se caracteriza como uma ação (des) alienante dos trabalhadores nas portas de entrada do sistema.

Discutir a dimensão política do acesso, portanto, é discutir a construção de sujeitos políticos, politizados, militantes e (des) alienados. Livres para decidir acerca de seu destino com autonomia e consciência social, construídas sob os auspícios de um novo paradigma sanitário, pautado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade na saúde.

Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada

Tratar da dimensão simbólica do acesso, segundo Giovanella e Fleury⁵, nos remete à discussão acerca do modelo das representações sociais. Seria assumir a realidade enquanto mediada pela ordem simbólica que é determinada pela inter-subjetividade de cada indivíduo no conjunto das suas relações e representações junto à sociedade. Os sujeitos coletivos dão lugar aos sujeitos históricos que, por sua vez se conformam em sujeitos sociais, coletivamente determinados pelas suas representações. A produção das idéias, das representações, da consciência, está intimamente relacionada à realidade material e espiritual de cada sujeito na sua dimensão coletiva.

Minayo⁸, ao definir representações sociais, apresenta as características intersubjetivas como indissociáveis da realidade, haja vista estarem relacionadas ao pensamento, à ação e ao sentimento. Mas também alerta que a natureza que se deve considerar ao estudar as representações sociais não é a individual e, sim, a societal. Isto é, a natureza societal diz respeito a sentimentos exteriores aos indivíduos e esses são dotados de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõe. Alerta também que o caráter coletivo das representações sociais aproxima-as do senso comum e revela seu potencial transformador, haja vista ser permeado pelas constantes lutas classistas e pelo confronto entre hegemonia e contra-hegemonia.

No tocante às representações sociais de saúde e doença, Minayo⁸ apresenta o processo saúde/doença como resultado da expressão social e individual e das contradições sociais. A saúde é identificada como representações do campo das lutas políticas. Essas considerações fundamentam a idéia do componente simbólico enquanto definidor do acesso, pois, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde/doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde.

Cecílio¹⁹ trabalha com o simbólico, com o percebido, para identificar contradições e caracterizar novas formas de se fazer saúde – da pirâmide ao círculo. Discute também o simbólico quando trata da questão da porta de entrada do sistema como um espaço ambíguo, permeado pelos interesses dos diversos sujeitos que por ele transitam e que nele atuam. Outrossim, apresenta um outro olhar sobre essa dimensão quando discute os vínculos provisórios, enquanto um sistema de relações intersubjetivas capazes de promover acolhimento e responsabilização.

Sá²³, ao discutir a subjetividade e sua relação com os projetos coletivos, apresenta a questão do mal-estar nas organizações como um componente simbólico que interfere nos processos intersubjetivos e grupais e nos processos de planejamento e gestão. A dinâmica das relações entre as pessoas, os grupos e as organizações em geral corroboram com a fantasia coletiva, um constituinte simbólico caracterizado pelas dimensões culturais, subjetivas e inconscientes dos sujeitos no cotidiano das organizações e contribuem para a construção de projetos coletivos e de governabilidade.

A dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde, entendida a partir das representações sociais da atenção à saúde e dos serviços, revela, portanto uma tensão-contradição entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato, estabelecida como um divisor de águas para discuti-lo, no tocante às dimensões específicas da acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Trata-se de uma concepção ampliada do processo saúde/doença, complementada por elementos econômicos, técnicos, políticos, sociais e antropológicos, que reforçam o papel dos sujeitos e de suas representações, sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum.

O que se percebe no âmbito do SUS é um volume importante de tentativas em operaciona-

lizar proposições que dêem conta dessa dimensão do acesso aos serviços de saúde, explicitadas através das diversas políticas que aproximam o senso comum das práticas, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF), dos Centros de Atenção Psicossocial e de outros serviços integrados às políticas públicas na área de saúde. Outrossim, a Política de Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular corroboram com a idéia de aproximação responsável entre senso comum e práticas de saúde na sua dimensão simbólica, sempre mediadas por práticas pedagógicas.

O PSF, apesar de sua normatividade, se tornado como exemplo, configura-se como espaço percebido de aproximação e interação simbólica importante, pois permite programar a horizontalização das relações entre trabalhadores e usuários, formalizando vínculos que, segundo Cecí-

lio¹⁹, trabalham a construção e agendas de saúde mais próximas do ideário coletivo local.

Por fim, o planejamento em saúde assume um desafio importante no momento em que considera a dimensão simbólica como componente da realidade a ser trabalhada. Conhecer a visão de mundo, as concepções, as idéias, as aspirações, as metáforas e os desejos de uma sociedade; compreender a realidade histórica, a relação de dominância e subordinação, a conjuntura socioeconômica e ideológica de uma sociedade; e perceber a organização política em torno do jogo de interesses contraditórios entre dominantes e dominados e seus reflexos sobre a consciência social se conformam apenas como dispositivos do complexo instrumental que os sujeitos do planejamento devem utilizar para alcançar a magnitude da abordagem proposta nessa dimensão.

Colaboradores

WL Abreu de Jesus e MMA Assis participaram da concepção e redação do artigo.

Referências

1. Houaiss A. *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Pustai OJ. O sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.71.
3. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando à saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
4. Campos RO. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.
6. Berlinger G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec; 1978.
7. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8^a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
9. Assis MMA Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):815-823.
10. Abreu de Jesus WL. *Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.
11. Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2003.
12. Albuquerque JAG. *Instituição e Poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
13. Andrade LOM. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva; 2001.
14. Fleury S. Paradigmas da reforma da Seguridade Social: liberal-produtivista versus universal-publicista. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.69-94.
15. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saude Publica* 1993; 9(2):190-200.
16. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS /Uerj/Abrasco; 2001. p.65-112.
17. Kushnir R. Organizando redes de serviços de saúde. In: Pessôa LR, Pinto LF. *Curso de Aperfeiçoamento em gestão de investimentos e projetos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 96-111.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Operacional de Assistência à saúde/ SUS - NOAS 01/02*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
19. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):469-478.
20. Horovitz DDG, Llarena Júnior JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1055-1065.
21. Testa M. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
22. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):324-335.
23. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):151-164.

Artigo apresentado em 06/11/2006

Aprovado em 18/06/2007

Versão final apresentada em 16/08/2007