



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

Santos, Lenir; Monteiro de Andrade, Luiz Odorico

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

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 11, noviembre, 2012, pp. 2876-2878

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420003>

- 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

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

Access to health actions and services:  
a polysemic approach

*Lenir Santos<sup>1</sup>*

*Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>*

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 efetivação<sup>1</sup>, 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. Berlinguer<sup>2</sup> reflete essa situação com maestria em sua obra **Medicina e Política**, e não foi sem propósito que a Lei 8080/90<sup>3</sup> 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 **únísono**, exige reflexão quanto à gama de interpretação que lhe empresta a doutrina sanitária que reconhece a sua multifacetado 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 excluente 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 aportamentos 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

<sup>1</sup> Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA).  
santoslenir@terra.com.br

<sup>2</sup> 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 copartícipe 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 respostas 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 assuma 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 2011<sup>4</sup>) 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-burocrático 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 Nº 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.
-