

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AO PROBLEMA E A UM REFERENCIAL TEÓRICO.

OLIVEIRA, Gustavo Rodrigues de¹; LORENZO, H.C ²

Eixo Temático: Política Pública da Saúde.

¹ Estudante do Curso de Pós-Graduação – Programa de Doutorado em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara – Uniara – SP/SP; E-mail: advogustavo@uol.com.br,

² Docente/pesquisadora junto ao Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara – Uniara- SP/SP E-mail: helenadelorenzo@gmail.com,

Resumo: A questão do acesso aos serviços de saúde no Brasil tem sido bastante analisada em diversos estudos e por diversos autores. Para além dos aspectos específicos de atendimento a saúde, a análise do tema envolve, para a maior parte dos autores, aspectos sociais políticos, organizacionais, culturais e até simbólicos. Contudo, as análises também revelam uma diversidade de abordagem sobre o acesso na formulação e implementação de políticas públicas e no seu potencial para mudanças na organização dos sistemas de saúde. Este trabalho, apresenta neste sentido, as primeiras considerações sobre a diversidade de estudos e importância do tema.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo que tem como uma de suas principais preocupações a consolidação da integralidade no Sistema Único de Saúde - SUS, tendo em vista a legitimidade de garantia dos gestores em assegurarem o direito da população à assistência integral, isto é, o acesso garantido, contínuo e conseqüente, de acordo com as necessidades do usuário/cidadão, a todos os níveis de atenção, de forma que suas diretrizes e princípios devem proporcionar a reorganização do sistema de saúde em direção aos objetivos do SUS. No entanto, estas questões envolvendo integralidade e acesso, vão além das demandas de percepção dos usuários e demais atores envolvidos no processo, pois que tratam de organização dos espaços e lógica dos serviços, avaliação das condições do território, abrangência, bem como características culturais e demográficas, diante da rica diversidade com que se depara a realidade em nosso país.

Apesar das propostas de uma rede de atenção à saúde, mesmo com a atuação complementar das instituições particulares, como serviço complementar entre o público e privado, há necessidade de um aprofundamento sobre a percepção quanto ao atendimento a uma demanda organizada, sem negligenciar necessidades individuais, prestadas na maior parte dos casos por uma equipe interdisciplinar, centrado na clientela; com a coparticipação desta na busca de soluções para os problemas coletivos; a inclusão e o acesso à atenção, às práticas de integralidade não têm sido desenvolvidas de forma satisfatória no setor saúde, o que coloca em evidência a questão do acesso em saúde. (PENNA, 2007, 2009). Este é portanto um dos fatores de motivação da investigação científica, uma vez que a mesma deve responder a problemas que giram sob a análise das diferenças de acessos a serviços da mesma espécie e modalidade, dentro do mesmo território, bem como o impacto e influência nos resultados do acesso causados pelos usuários no sistema de saúde. São esses desafios comuns a realidade atual.

Estes fatos auxiliam na forma como podemos demonstrar o quão complexa é a realidade de uma Rede determinante das ações em saúde, especialmente no viés de Saúde Pública, através de um modelo assistencial que prevê a concepção ampliada de saúde, no qual fatores socioculturais, profissionais e territoriais são considerados como influenciadores na condição de saúde dos indivíduos.

O Sentido de trabalhar saúde pública atualmente, e reorganizar o acesso, passa necessariamente pela revisão da forma de atuação e do modelo de atenção à saúde, que hoje tem seu principal foco no desenvolvimento preventivo, principalmente através da atenção primária a saúde – APS.

No Brasil, a Atenção primária define-se como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tais ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Além disso, são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006, p. 10). Logo se vê, que na dinâmica de entendimento de acesso, existem também restrições na lógica de acessibilidade, de acordo com as delimitações do território, consoante características deste modelo.

Este é então, de forma abreviada, o cenário que se busca avaliar com o desenvolvimento do estudo científico, segundo o qual, conflitos e divergências sobre acesso e acessibilidade são os principais entraves ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e efetividade considerando suas diretrizes e princípios de Universalidade, Integralidade e principalmente a equidade na oferta dos diferentes serviços e suas modalidades, além dos impactos causados no nível de satisfação dos usuários que são dependentes do Sistema.

2 DESENVOLVIMENTO

A idéia do SUS em promover a universalização com igualdade de direitos no acesso aos serviços e ações torna-se inviável em países com graves desigualdades econômicas e sociais. Este é um fator importante de impacto sobre a realidade estudada. Pensando em regiões periféricas, diante do momento econômico atual, a universalização só pode ser concretizada se associada à diretriz da equidade, isto é, o direito de acesso às ações e serviços de acordo com as necessidades de cada um. Isto implica, concretamente, aporte maior de recursos para os que mais necessitam, cujas necessidades devem ser identificadas de forma técnica e criteriosa pela gestão. Assim, constitui-se indispensável à análise da rede de serviços, que o senso comum, na emocionada percepção do usuário, aponta déficit no número de serviços e modalidades ofertadas. Mas o problema pode ser resolvido se melhor organizados, em suas modalidades de acordo com o perfil epidemiológico predominante em cada região.

A construção de sistemas de referência/contra-referência, uma das diretrizes operacionais da Atenção Primária a Saúde, permite a operacionalização da garantia formal do direito de acesso do cidadão aos demais níveis de complexidade de atenção do sistema, de acordo com suas necessidades de atenção. Os avanços identificados no sentido de garantir o acesso da população aos serviços básicos de saúde no próprio município em que reside e a sistemas de encaminhamento programado e organizado para procedimentos especializados e internações criam, por outro lado, sempre novos desafios. Assim,

“(…) se o SUS avançou no aspecto jurídico, e nossa legislação é hoje considerada como uma das melhores do mundo se avançou no aspecto administrativo e o processo de municipalização já atinge quase a totalidade dos municípios, pode-se constatar que

avançou pouco na mudança do que é essencial: a relação entre os serviços, os profissionais e os usuários desses serviços” (LEVCOVITZ,1996).

Nesta visão, vários serão os fatores determinantes do acesso. Considerando o perfil populacional brasileiro, o gênero e a idade são importantes variáveis demográficas, pois permitem caracterizar a distribuição de saúde e doença numa determinada população. Nas regiões com maior vulnerabilidade e com mais baixos IDH's – Índice de Desenvolvimento Humano das regiões metropolitanas, em virtude da mudança de nossa pirâmide etária, os idosos apresentam situações que demandam ações específicas, seja por viverem à margem da sociedade ou por serem considerados, apesar de sua idade avançada, arrimos de família, sendo eles os responsáveis em prover a renda da família.

O Brasil atravessa um período de transição epidemiológica e demográfica marcante. Esta nova fase do país é caracterizada pelo aumento expressivo da expectativa de vida e pela coexistência das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, com doenças transmissíveis, como a tuberculose e hanseníase e, ainda, o aparecimento dos sintomas relacionados à saúde mental, que impactam de forma relevante na priorização do acesso, segundo questões legais e organizacionais.

Andersen (1995), em uma revisão sobre a utilização de serviços, desenvolveu um modelo teórico que apresenta o acesso como um dos elementos da organização dos sistemas de saúde, desde a entrada ao serviço de saúde até o recebimento de cuidados subsequentes. Esse modelo deixa claro que a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde.

Uma complexa questão a ser trabalhada é também a regulação dos serviços, que facilita a implementação de normas de regulação do acesso. O processo de regionalização da saúde implementado no Estado de São Paulo, de forma prospectiva, tem como ponto central o cumprimento das diretrizes da NOAS de territorialização e hierarquização e dos princípios de acesso universal, equidade e integralidade da assistência, para garantir à população o direito de assistência em todos níveis de complexidade do sistema.

A mesma organização, ocorre com a divisão do município de São Paulo em regiões e microrregiões de saúde considerando as características locais, as condições sanitárias da população, a capacidade instalada dos distritos sanitários e regiões administrativas, o acesso aos serviços e o pacto firmado entre os gestores locais, que exige do poder municipal a criação de novas referências operacionais. Para isso, a Secretaria de Estado da Saúde - SES em parceria

com a Secretaria Municipal de Saúde, está implementando a rede de centrais de regulação das ações de saúde (NOB/93): Parcialmente ordenar e controlar a oferta de serviços referente a internações hospitalares, consultas especializadas e exames de alta e média complexidade, através de sistemas de comunicação informatizados e interconectados.

Esse processo de regulação visa facilitar o acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção de maneira responsável e ágil, com critérios regulatórios pactuados e transparentes entre gestores, representantes das unidades de saúde e das comunidades. Busca-se, assim, poupar o usuário da peregrinação a que é submetido para ter o seu problema de saúde resolvido.



Figura 1 – Divisão das áreas da Coordenadorias Regionais de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/S – Disponível em:<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>> acesso em :19 de abr. 2017.

Mas há ainda que se falar ainda em acessibilidade, tendo em vista a larga influencia que outros determinantes trazem às diversas demandas, que impactam no acesso do usuário ao serviço de saúde.

Neste sentido, como destaca Oliveira *et al* (2004a), além do fator distância e dos meios de transporte utilizados, a questão do custo (de deslocamento) parece também influenciar o acesso aos serviços de saúde. Ainda segundo as autoras, a “distância” deveria medir os custos

de deslocamento em unidades de tempo ou de dinheiro, em vez de em quilômetros, pois não é raro o usuário deixar de comparecer ao agendamento, por falta de recursos.

Sobre esses aspectos, Frenk (1985, *apud* Evangelista) sugere o termo acessibilidade, sendo este entendido como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos (resistência) à busca e obtenção de atenção (distância, problemas de ordem financeira, formas de organização) e o correspondente poder de superação desses obstáculos por parte da população (poder de utilização) (EVANGELISTA, *et al*, 2008). À vista dos serviços citados, predominantemente situados em região periférica do município de São Paulo, a acessibilidade torna-se um desafio e restritivo para a efetividade do Sistema Único de Saúde - SUS.

Neste diapasão, observa-se que distância, transporte e os custos gerados, quando o usuário parte em busca do atendimento, podem ser considerados fatores limitantes para a efetivação do acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se ainda, como destaca Uglert (1987), que o fator geográfico é fundamental na origem da iniquidade, especialmente no que se refere a áreas rurais ou regiões periféricas de grandes cidades.

A partir dessas considerações e levando-se em conta a especificidade da localidade estudada, pode-se inferir que este seja um dos pontos de merecida atenção e destaque para melhoria do acesso e adequação da oferta. A Rede de atenção a saúde, por sua diversidade de serviços que oferece em diversos territórios nos quais operam funcionalmente, não é suficiente então para resolver fatores que são externos à sua organização e que impactam no resultado assistencial de acesso e acessibilidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, a vista de todas as dificuldades encontradas com relação a acesso e acessibilidade, uma questão a ser resolvida com urgência e em paralelo e a quebra de paradigma quanto ao modelo biomédico que parece ainda ser hegemônico, pois, apesar de os discursos evidenciarem que os profissionais consideram as necessidades subjetivas das pessoas, a oferta de ações ainda é direcionada ao que é comprovadamente patológico ou acometido por doenças, sendo as demais necessidades gerais consideradas e que portanto, num primeiro momento, não se vinculam aos serviços de saúde. O fazer médico só se mostra eficaz quando relacionado àquilo que é efetivamente doente e se esgota frente a outras possibilidades terapêuticas, e isso significa valor para o usuário.

É de se acrescentar que não apenas o modelo biomédico, mas outras necessidades de cunho socioeconômico estão presentes para determinar as condições de acesso.

Outra situação que pode ser aprofundada, é a logística, pois desta forma, ao levar em conta somente o número de habitantes / famílias cadastradas, para efeito de cálculo de cobertura assistencial das unidades nos diversos serviços de saúde, corre-se o risco de superestimar a questão do acesso, entretanto este aspecto deve ser considerado pertinente. Sendo assim, para uma efetiva avaliação do acesso aos serviços de saúde, além da questão do transporte e dos custos, outros fatores devem ser considerados e serão objeto de análise detalhada quanto a seus impactos.

No que se refere à organização do território, os usuários, por sua vez, em geral não validam o modelo no qual a APS configura-se como porta de entrada aos serviços sob a perspectiva cuidadora, parecem não aceitar o rompimento com o paradigma biomédico e acabam por validá-lo, através da priorização de consultas, encaminhamentos a especialistas e tratamento medicalizante. A desmedicamentação e a redução de dependência dos serviços deveria ser um fator primordial para mitigar os problemas de acesso, mas o que se observa é cada vez maior a presença física do usuário frente aos inúmeros serviços, nem sempre reforçados por uma necessidade advinda do processo saúde-doença.

Além disso, fatores estruturais apontam que a questão do acesso aos serviços de saúde deve estar intimamente conjugada com outras instâncias legais e programas formais de governo, como Secretaria de Educação, Cultura, Obras, Urbanismo e Transporte, de forma a permitir integração e uma melhoria significativa nesta ordem; pois é visto que, apesar de a oferta parecer ser adequada, a dificuldade de integração entre os diversos serviços, em especial transporte, locomoção e logística para percorrer as distâncias necessárias são evidentes, bem como a divisão urbana irregular e continental da cidade como São Paulo ou qualquer outra metrópole brasileira, que somado ao adensamento populacional, interferem na utilização dos serviços de saúde.

É de se lembrar também que a população, no limite se sua conveniência, entende o acesso irrestrito a médicos e serviços como insuficiente e busca solicitar, como anseio a solução de seus problemas mais serviços e um sem número de especialidades, como se o acesso oferecido, como ocorre hoje, mediante encaminhamentos, fosse sinônimo de perda real ou de diminuição de acesso. Os dados de produção das Redes de Atenção a Saúde, promoverão a interpretação mais fidedigna do perfil que caracteriza tal realidade.

Porém, se for entendido que acesso é obtido quando o usuário parte em busca de atender uma necessidade e se esta necessidade, do ponto de vista do usuário, não for atendida, pode-se considerar que o acesso foi obtido, porém não foi resolutivo.

A resolutividade, neste patamar, impacta para que o acesso deva ser entendido como a continuidade do fluxo de ações dentro do sistema através dos serviços e profissionais de saúde, que devem oferecer, na visão do usuário, resposta (imediate) às necessidades demandadas.

Em geral, a reação ao acesso, tem sua resposta considerada como sendo positiva quando associada a um diagnóstico precoce, à consulta sem demora, ao bom atendimento e a esclarecimentos cortês, gentis e educados, porém, havendo alguma divergência neste quadro, tudo é encarado como barreira ao desenvolvimento.

A perspectiva de valor e utilidade do usuário com relação ao acesso, assume um viés prático e objetivo que se pauta não na representação do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde sob uma perspectiva de direito, de exercício da cidadania e, sim, de valorização de práticas consumistas que permitem a ele, na maioria das vezes de baixa renda, ter acesso a bens de consumo como consultas médicas especializadas e exames de alto custo, ou simplesmente, ser acolhido por meio de uma escuta qualificada.

Por isso, pode ser que seja cada vez maior a reivindicação por um número maior de médicos, por mais serviços, mais unidades, para que possam ser realizadas as suas necessidades de estima e valor, através do atendimento que lhes seria com isso, proporcionado.

Por fim, mais que a relação entre profissionais e usuários, deve-se ter conhecimento que nela cada um traz as suas competências, as forças e os recursos que julgam possuir. Essas relações se mostram tão complexas devido à intersubjetividade, à instabilidade e à complexidade inerente às situações cotidianas, que influenciam a forma de enxergar e utilizar os serviços de saúde.

Deste modo, este relacionamento no âmbito das Redes de Atenção a Saúde, deverá pautar-se na troca, na reciprocidade e não somente no estabelecimento hierárquico de prioridades. Mas é de se destacar a condição de que acesso e acessibilidade merecem especial atenção e continuam a ser desafios de um sistema de saúde, que deve ter suas finalidades conhecidas, esclarecidas e entendidas, para que possa entregar a efetividade e satisfação no nível de percepção do usuário, profissionais e gestores ao alcance de todos os que dele integram e necessitam.

4 REFERÊNCIAS

- GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. IN: EIBENSCHUTZ, Catalina. Política de Saúde: O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar- abr, 2004^a
- PENNA, C. M. M, et al. Representações sociais de usuários sobre o atendimento em uma unidade de saúde da família. Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ) v. 17, p. 1075-1091, 2009
- OLIVEIRA, L.H; MATTOS, R.A; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação de um modelo assistencial. Ciência e Saúde Coletiva, 14 (5): 1929-1938, 2009.
- OLIVEIRA, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.
- UGÁ, Maria Alicia, et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência e Saúde Coletiva, 8(2): 417-437, 2003.
- UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. Rev. Saúde Pública., S. Paulo, 21:439-46, 1987.