



**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:** o fetiche do acesso como princípio e como direito.

**Elaine Cristina da Silva**<sup>1</sup>

### **RESUMO**

O termo “acesso” está presente no cotidiano profissional dos assistentes sociais, no desempenho de suas diversas atividades nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Presente na legislação que regulamenta a profissão, nas demandas dos usuários e na legislação social a categoria “acesso” interpela os assistentes sociais ao desafio de qualifica-la. Uma preocupação dos intelectuais da área da saúde, mas incipiente na literatura das demais políticas sociais e no Serviço Social. Utilizando-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003, analisamos a categoria “acesso” a partir da discussão presente na literatura brasileira e internacional.

**Palavras Chave:** acesso, política social, serviço social.

### **ABSTRACT**

The term "access" is present in daily work of social workers in carrying out its various activities in different socio-occupational spaces. Present in legislation regulating the profession, in demands of users and in social legislation the category "access" challenges social workers to qualifies. A concern of intellectuals in the health area, but incipient in the literature of other social policies and social work. Using data from the National Household Sample Survey: Access and Utilization of Health Services, 2003, analyzed the category "access" from the current discussion in the Brazilian and international literature.

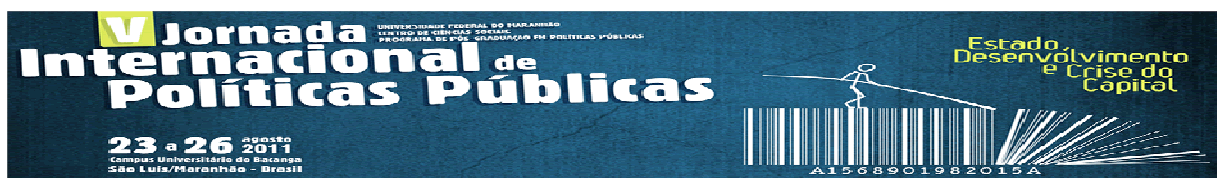
**Keywords:** access, social policy, social work.

### **INTRODUÇÃO**

No desenvolvimento de suas competências e atribuições privativas nos mais diferentes espaços sócio-ocupacionais o assistente social convive com uma categoria que se apresenta de forma legal, teórica e empírica. Estamos falando do “acesso”, uma categoria tão presente, mas na mesma medida ignorada enquanto objeto de investigação.

No âmbito legal o Código de Ética do Assistente Social (1993) apresenta como um dos seus princípios: “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem

<sup>1</sup> Estudante de Pós-graduação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).  
[elaine\\_cristtinasilva@yahoo.com.br](mailto:elaine_cristtinasilva@yahoo.com.br)



como sua gestão democrática”; e como um dos deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: “Artigo 5º [...] c. democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários”.

Atuando “na ponta” dos serviços públicos, desenvolvendo o papel de “executores terminais de política social”, cabe ao profissional reconhecer a importância deste princípio, como fruto de um processo histórico, e, sobretudo, por estar em consonância com a realidade de milhões de brasileiros que convive com a difícil realidade de não ter “acesso” à riqueza socialmente produzida, pois está é usufruída por uma parte pequena da sociedade. Em outros termos, a categoria “acesso” está presente no cerne da discussão da questão social – produção teórica.

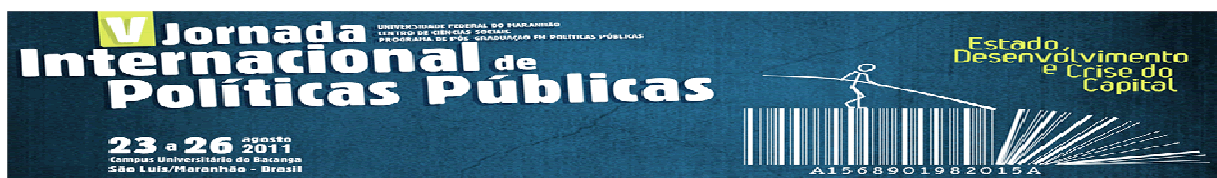
O acesso à riqueza – material, intelectual, cultural – socialmente produzida não poderá ser universalidade na sociedade capitalista, pois a base de sustentação do modo de produção capitalista é a desigualdade. Uma desigualdade que gera pobreza e revolta, pois é vivida nas suas diferentes expressões, por aqueles que são intitulados de “pobres” ou “miseráveis” que sentem a falta do acesso à moradia, ao estudo, ao transporte, à saúde, à assistência, à cultura, e, sobretudo, ao trabalho, mas que não aceitam simplesmente a história como um fato dado e criam suas estratégias de enfrentamento, de sobrevivência, para ter “acesso” ao “bolo que cresceu”, mas ninguém quer dividir.

Assim, sem ignorar ou minimizar a importância de qualificar outras categorias tantas categorias, o “acesso” como “princípio” e “dever” nos convida a algumas problematizações práticas: O que é acesso? De que modo poderia ocorrer uma efetiva “universalização do acesso” na sociedade capitalista?

Simple, mas complexas essas questões permeiam o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais ao atender as demandas oriundas das expressões da questão social – objeto de trabalho da profissão – que se manifestará em toda sua truculência nos serviços públicos de saúde. E, aqui apresentamos nossas reflexões empíricas, tomando como ponto de análise o Sistema Único de Saúde – SUS.

No século XXI a proposta do sistema de Seguridade Social brasileira (Constituição Federal, 1988, artigo 194) de garantir a saúde para todos, a assistência social para quem dela necessitar e a previdência para quem contribuir vem sendo resumida na privatização, seletividade/focalização e descentralização das políticas. Esse processo restringe os princípios constitucionais – universalidade, uniformidade e equivalência, seletividade e distributividade, irredutibilidade e diversidade –, imperando o ideário neoliberal.

Na área da saúde há uma subordinação do social ao econômico, que se expressa, sobretudo, nos números do financiamento público para as políticas sociais, uma questão que vem



sendo debatida de forma crítica por inúmeros autores, pois nos dias atuais apresenta novas configurações. Nos termos de Boschetti (2009:334) o SUS vem perdendo lugar para a política de assistência, que até então recebia, em média, 14% do orçamento da seguridade, contra 6% da assistência, "... análises históricas mostram o crescimento da participação percentual da assistência social e a redução da participação da saúde...". Esse deslocamento vem sendo observado, criticado e vem subsidiando algumas discussões sobre a "Assistencialização das Políticas Sociais", ao mesmo tempo em que ao adotar fielmente as medidas dos organismos internacionais expande o apoio financeiro aos oligopólios.

É sob os impactos deste processo que a proposta de "universalização do acesso", como um dos princípios do Sistema Único de Saúde foi metaforizada em uma "universalização excludente". Uma leitura partilhada por aqueles que reconhecem na política social o resultado de um pleito travado por atores que defendem projetos societários antagônicos.

Universalização excludente, pois é marcada pela precariedade dos serviços e recursos, longas filas, demora na prestação dos atendimentos, falta de medicamentos, redução de leitos, ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e instabilidade no financiamento (BEHRING e BOSCHETTI, 2006). Há que se mencionar a recorrente luta entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto voltado para o mercado, sendo que o primeiro vem perdendo espaço.

Tomando como ponto de análise a "universalização do acesso", a partir da não obrigatoriedade de vínculo com a Previdência Social, Fleury e Giovanella (1996) igualmente defendem a tese da "universalização excludente", pois, tal estratégia garantiu o "direito social à saúde", mas não estendeu tal direito para toda população. Operacionalmente, não há um efetivo atendimento de toda a população – como preconiza a universalização – mas sim, uma estratégia que vincula a saúde à lógica do mercado e da carteira assinada: ocorre uma expressiva participação dos planos de saúde privado, contratados por empresas que fornecem estes aos seus empregados, viabilizando, assim, o "acesso" ao sistema de saúde para uma importante parcela da população.

Aqueles que não usufruem deste "relativo" privilégio, forjam outras estratégias para acessar o sistema de saúde, dentre as quais consideramos a procura pelos serviços de urgência e emergência. Estes se caracterizam como a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, contrariando a proposta do modelo tecno-assistencial em "pirâmide" que coloca no topo os hospitais e como "porta de entrada" para o sistema as Unidades Básicas de Saúde – UBS's. Segundo Cecílio (1997) o modelo piramidal fracassou, pois a preconizada "porta de entrada" – UBS's – não tem permitido a universalidade do acesso, assim, a "... 'porta de entrada' principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios". O fracasso se explica pela questão do financiamento, da relação público e privado,



com destaque para a indefinição do papel das UBS's. Partindo da proposta do modelo em círculo o autor considera importante qualificar todas as portas de entrada do sistema, que não se limitam aos serviços de saúde, iniciando pelos serviços de urgência e emergência, sobretudo, pelos aspectos culturais e operacionais que legitimam o uso destes serviços pela população brasileira.

Acessar o sistema de saúde via serviços de emergência não é apenas um mecanismo adotado por aqueles que não se adequam ao fluxo técnico do sistema, mas a procura pela entrada onde é menos burocrático, moroso e possível. Ainda que o usuário fique cinco, seis ou oito horas em um serviço de emergência, é mais "seguro".

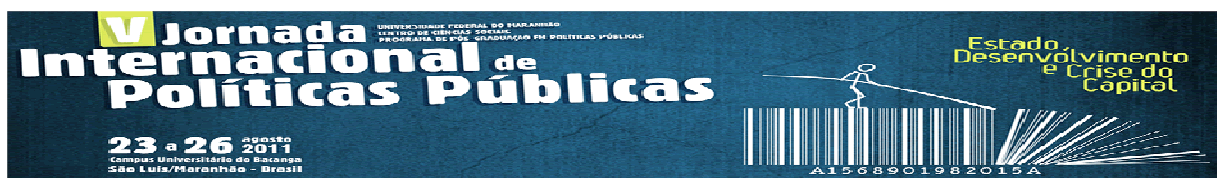
A questão é: o atendimento, em sua maioria, estará limitado ao binômio "queixa-conduta", pois, esta porta de entrada, pode estar imediatamente direcionada para a saída: atende todos, mas acolhe e insere apenas alguns. E o pretendido vínculo e tratamento devem ser realizados, sobretudo, onde a porta de entrada é tão estreita, nas UBS's e nos serviços ambulatoriais.

Diante deste cenário emerge uma indagação: O "acesso" ao sistema de saúde foi garantido? Para responder a esta indagação se faz necessário qualificar a categoria "acesso". Uma proposta pertinente para avaliar e monitorar todas as políticas sociais, mas é na área da saúde que localizamos um esforço neste sentido, publicações nacionais e internacionais.

### **O fetiche do acesso ao SUS: o desafio de qualificar para ousar analisar...**

Em 2008 o SUS completou 20 anos, o saldo destas duas décadas exige uma análise das transformações que ocorreram na sociedade brasileira, para então, reconhecer as conquistas que refletem a luta dos trabalhadores e usuários, mas também, os retrocessos que evidenciam o permanente pleito entre projetos antagônicos.

Um aspecto importante deste processo é a efetivação dos princípios do SUS, com destaque para a "universalização do acesso", metaforizada em uma "universalização excludente" para os autores mencionados, e, para nós, identificada como um "fetiche do acesso". Um fetiche, pois quer para os usuários como para os profissionais, a categoria "acesso" é mistificada, divulgada e confundida com outros termos que na verdade compõe esta categoria. De fato, não ocorreu uma universalização do acesso, para todos os cidadãos à todos os níveis do sistema de saúde; não se realizou a devida comunicação entre as demais políticas sociais para atender ao conceito de saúde como resultado de processo e não apenas como ausência de doenças; e, por escamotear as estratégias mercadológicas onde "a carteira assinada" – de um modo diferente – continua ser o passaporte para o "acesso" ao sistema de uma importante parcela da população. A questão é; esse passaporte concede direito – em sua maioria – a serviços precários, que não atendem todos os níveis de atenção, e, assim, o usuário deve recorrer aos serviços públicos, para realizar exames



de alta complexidade, tratamentos, etc...

Nesta perspectiva, a importância da categoria “acesso” fica relegada ao imediato – entrar fisicamente em um serviço de saúde –, enquanto as reais condições para o “acesso” aos serviços, que evidenciaria as lacunas no atendimento as “reais” demandas da população não são reconhecidas em todas as suas dimensões. Dimensões estas que dialogam com o conceito de saúde enquanto resultado de processo de vida, e não com ausência de doenças, o que pressupõe a comunicação com as demais políticas sociais:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (LOS, 1990)

O “fetiche do acesso” não se apresenta para usuários e profissionais em todas as suas dimensões, pois os dados quantitativos – número de atendimentos –, e por vezes, a momentânea “felicidade” de um atendimento – necessário para garantir a vida – obscurece o passado e o futuro, em outros termos, a falta de atendimento adequado em outros níveis de saúde e o acompanhamento futuro. É o momento, o dado atual que é reconhecido e adquire dimensões dantescas, tornando-se o que importa. Uma imediatividade que encontra nos serviços de urgência e emergência seu “locus” por excelência. Assim, a proposta de qualificar o “acesso” ganha centralidade nas análises das políticas sociais e, com especial atenção, na política de saúde, onde produções nacionais e internacionais demonstram que o “fetiche do acesso” oculta processos econômicos, sociais, políticos e culturais e tendem a colaborar para o sucateamento das políticas sociais.

Um ponto comum nas produções sobre a categoria acesso é a recorrente dificuldade, redução, ambiguidade ou confusão do termo, como aponta Frenk (1992) ao discutir a conceituação de “acessibilidade”, entendida a partir como: [...] o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção a saúde e da população, no seu processo de busca e obtenção de (FRENK, 1992: 933). Para o autor é real a dificuldade em distinguir categorias como acesso, disponibilidade e aceitabilidade, assim, “acesso se refere a uma característica da população usuária dos serviços potenciais ou reais”. Aqui, o destaque é dado para a capacidade, ou não, dos usuários procurarem o serviço desejado. Uma perspectiva, igualmente limitada.

Penchansky e Thomas (1981) reconhecem a indefinição recorrente nas discussões sobre acesso e propõe um modelo “para testar a validade de uma definição taxonômica de acesso, que desagrega o conceito amplo e ambíguo em um conjunto de dimensões que podem ter definições específicas”. Para os autores acesso é compreendido como “um conceito geral” que resume cinco dimensões (disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e

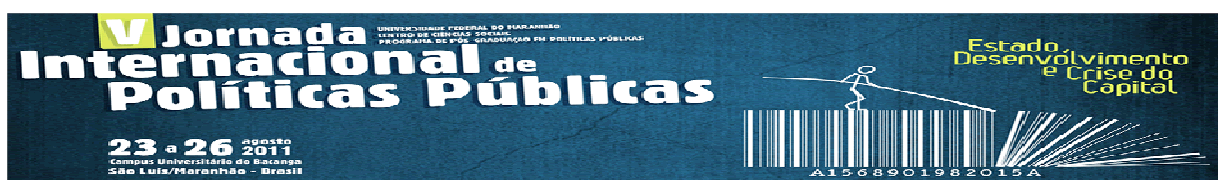


aceitabilidade), que podem ser qualificadas separadamente, e que expressam a “adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde”. As cinco dimensões são assim definidas: disponibilidade: número de serviços e volume de clientes, considerando o tipo de necessidade; acessibilidade: localização dos serviços; acomodação: oferta e organização dos serviços; capacidade econômica: condições financeiras para pagar pelos serviços; e, aceitabilidade: trata da relação entre usuários e profissionais. A pesquisa é realizada com usuários de serviços privados “clientes”, mas as dimensões do “acesso” propostas abrem possibilidades para nossa avaliação acerca da política pública de saúde, na medida em que abrange as possibilidades para qualificar tal categoria.

Um esforço realizado por alguns pesquisadores brasileiros, com destaque para o trabalho de Cohn (1991, et.al.). Considerando uma gama de variáveis que desenham a procura e obtenção do atendimento nos serviços de saúde, a pesquisa realizada com usuários que residem em dois bairros da periferia do município de São Paulo, demonstrou que centralizar a análise do acesso aos serviços à dimensão geográfica é uma falácia. A relação entre usuário e serviços exige a compreensão de outras variáveis, para então se “[...] o ‘grau de ajuste’ que a população expressa entre o perfil da demanda que conforma e o atendimento que recebe” (COHN, 2008: 90). Em outros termos, não basta culpabilizar os usuários por suas estratégias de “acesso”, há que se reconhecerem as reais dificuldades destes usuários para acessar tais serviços. É nesta perspectiva que será possível realizar mudanças na política de saúde, com vistas à “universalização do acesso”.

No plano legal a questão do acesso aos serviços de saúde ganhou destaque na produção de relatórios oficiais, como o documento elaborado em 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, pela segunda vez apresenta um documento com dados sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil: Acesso e Utilização de Serviço de Saúde. Os eixos de pesquisa para a sistematização do trabalho são:

**Necessidades sociais:** Considerando a estimativa populacional de 2003 (176 milhões), foram entrevistadas 384.834 pessoas em 851 municípios, deste número 78,6% dos entrevistados auto-avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom”, com diferença para as áreas rurais (75,1%) e urbanas (79,3%) e de acordo com a renda mensal familiar variando de 72,7% (um salário mínimo) a 91,6% (superior a 20 salários). Quanto ao estado de saúde, 29% da população entrevistada referiu ser portadora de pelo menos uma doença crônica, com variação de acordo com a idade, sexo (33,9% mulheres e 25,7% homem) e rendimentos (26,7% para a classe com menos de vinte salários mínimos e 32,4% para aqueles com rendimento superior a 20 salários).



**Cobertura por Plano de Saúde:** O documento estimou em 43,2% o número dos brasileiros cobertos por algum plano de saúde, o que representa 24,6% da população do país. Destes 79,2% estavam vinculados a planos de saúde privado e 20,8% cobertos por planos de instituição de assistência ao servidor público, com destaque para as diferenças entre o meio urbano (28,0%) e rural (6,0%), gênero mulheres (25,9%) e homens (23,1%) e rendimento: quanto maior a renda maior a cobertura: 2,9% (rendimento familiar superior a 1 salário mínimo) e 83,8% (rendimento superior a 20 salários).

**Acesso e utilização de serviços de saúde:** 79,3% declararam ter um serviço de saúde de uso regular, sendo que destes 35% eram menores de 19 anos e 52,5% mulheres, com destaque para o tipo de serviço utilizado: postos e centros de saúde (52,4%); consultórios particulares (18%); ambulatório de hospitais (16,9%); pronto socorro ou emergência (5,8%); ambulatório ou consultório de clínicas (4,45); e, farmácia (1,4%). Esses números nos convidam a refletir sobre o perfil do sexo e segmento populacional, e que tipo atendimento normalmente procura (por exemplo, exames de pré-natal e vacinação). De fato, as mulheres tendem a procurar mais estes serviços (58,9%) do que os homens (52,5%). O documento demonstra que quanto menor o rendimento familiar, maior a procura por este tipo de serviço. Em outros termos, há um “acesso” desigual aos níveis de atendimento, sendo que 62,8% da população declararam ter consultado um médico. Outro dado relevante é o número de pessoas que procuraram um serviço de saúde; 25,7 milhões (14,6%) da população, com expressiva alteração dos percentuais de acordo com a idade e sexo (25,1% com 65 anos ou mais, e 17,6% mulheres), com pouca variação entre as rendas (em torno de 14%), a discrepância ocorre mais acerca do tipo de serviço. Dentre os usuários que procuram atendimento 98,0% foram atendidos na primeira consulta, sendo que o motivo para esta busca em 51,9% das situações foi motiva por doenças.

Sem desconsiderar a importância do documento, consideramos que os eixos analisados demonstram uma gama de informações, que exigem pesquisa e análises críticas para qualificá-las, mas evidencia a lógica que permeia sua produção (mercadológica, centrada na doença) e oculta o que deveria mostrar (as variáveis que desenham o não acesso nas diferentes regiões destes “Brasis”).



## Considerações

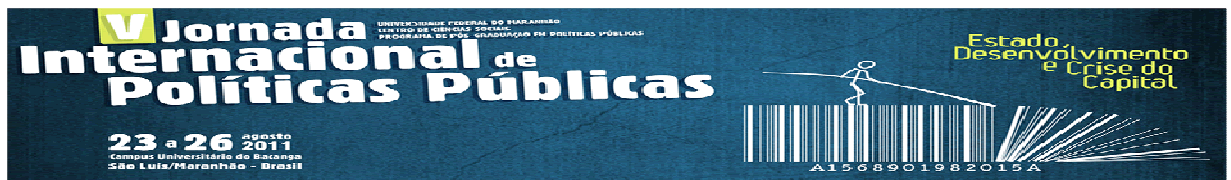
É corrente análises que culpabilizam os usuários pela entrada ao sistema de saúde via serviços de urgência e emergência, pois “estes não sabem que o correto é buscar o primeiro atendimento em uma Unidade Básica de Saúde”, partindo-se da compreensão de que estes não respeitam o fluxo do sistema. Por outro lado há um “fetiche do acesso”. Por parte da população, ao acreditar que um atendimento já garante a inserção ao sistema de saúde. E, por parte dos profissionais por não qualificar a categoria, e assim, não reconhecer os limites das ações profissionais diante das demandas dos usuários, que por vezes não garantem o acesso, mas apenas um “atendimento”. É certo que, por vezes, a ação profissional não irá garantir o “acesso” na sua integralidade – ou varias dimensões – mas, ignorar esses limites é um obstáculo que não sendo reconhecido, não é enfrentado. Assim, o “acesso” é mistificado e mistificador das relações sociais desiguais. Um “acesso” que limitado exclui uma expressiva parcela da população dos avanços da medicina e da prevenção de enfermidades, apenas garante uma mão de obra “parcialmente” saudável.

Entendemos que é necessária a qualificação desta “categoria” para que os esforços – pessoais e coletivos – para garantir o “acesso” não se limite à um princípio, presente no plano legal e bonito de ser dito, mas impossível de ser – efetivamente – alcançado. É urgente a necessidade de qualificar o princípio, para não cair nas armadilhas do “fetiche”, e assim, encontrar na aparente logica dos números as estratégias para “universalizar o acesso” aos direitos sociais.

## Bibliografia

- BERHING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. III Unidade: Produção e reprodução da vida social. Brasília: Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD-UnB, 2009.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cspv13n30171.pdf>. Acesso em 28/09/09.
- COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R; KARSCH, Ursula S. A Saúde como direito e como serviço. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- FRENK, Julio. El concepto y la medicion de accesibilidad. In: WHITE, K. L. (ed.). Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington- D.C.: OPS, 1992, pp. 929-943.
- GIOVANELLA, Lúgia e FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In. EIBENSCHUTZ, Catalina. Política de Saúde: o público e o privado (org.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.





Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003. Ministério da Saúde. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estati.shtm>. Acesso em: 10/05/2010.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 1981: V.19: 127-140.