



Eixo: Política Social e Serviço Social
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

ACESSO À SAÚDE PÚBLICA EM FACE DA OFENSIVA NEOLIBERAL: OBJETIVO FORMAL-ABSTRATO OU CONQUISTA REAL?

KARINA KARLA DE SOUZA BASTOS¹

Resumo: O presente artigo tece reflexões resultantes do Trabalho de Conclusão de Curso, com recorte para a discussão categorial e teórica sobre acesso. Objetivou analisar o acesso dos usuários aos serviços de saúde pública diante das investidas do ideário neoliberal. Fruto de um estudo bibliográfico, fundamentado numa abordagem qualitativa e na teoria social de Marx. Como resultado verifica-se que o acesso universal e equânime constitui-se um dos maiores desafios de concretude ao SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes organizativos que o orientam, ao corresponder a um direito positivado, fazendo-se necessário a luta/resistência diária para acessar um direito assegurado constitucionalmente.

Palavras chaves: Acesso; Política de Saúde; Neoliberalismo.

Abstract: The present article reflects reflections resulting from the Work of Conclusion of Course, with a cut for the categorial and theoretical discussion about access. It aimed to analyze the access of the users to the public health services in front of the neoliberal ideas. The result of a bibliographical study, based on a qualitative approach and Marx's social theory. As a result, universal and equitable access is one of the major challenges of achieving the SUS, in accordance with the organizational principles and directives that guide it, when it corresponds to a positive right, making it necessary the struggle / resistance access to a constitutionally guaranteed right.

Keywords: Access; health policy; Neoliberalism.

1. INTRODUÇÃO

As considerações ora tecidas, decorrem do trabalho de Conclusão de Curso cujo título foi “Integralidade na saúde: avanços e fragilidades do sistema de referência/contrarreferência no encaminhamento à saúde hospitalar” resultado de uma pesquisa de campo, cujo objetivo geral foi analisar a efetividade do princípio da integralidade a partir do sistema de referência e Contra Referência, junto a usuários do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Constitui um recorte das reflexões desenvolvidas no primeiro capítulo em que fez-se uma análise da categoria acesso, considerando os limites e desafios que interferem em sua concretização, enfatizando elementos que compõem a base sócio-histórica da construção da saúde enquanto política

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal da Paraíba. E-mail: <karina_karla@hotmail.com>

pública universal e de direito, com ênfase para os princípios e diretrizes que ora norteiam os serviços e as ações em saúde.

Reitera-se o papel da Estratégia Saúde da Família na reorganização do SUS, em conformidade com a hierarquização dos serviços, compreendendo os níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Para tanto, destacaram-se as inflexões da política macroeconômica neoliberal e as orientações de organismos internacionais sobre a política de saúde, num processo intenso de contrarreforma, com vistas à apologia da privatização e à lógica do mercado.

2. O acesso à saúde pública e as investidas do ideário neoliberal

O acesso à saúde pública no Brasil possui como marco legal a Carta Magna de 1988, ao introduzir o direito ao acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, independente de contribuição previdenciária. Desde então, têm sido desenvolvidos programas e políticas com vistas a atender este fim.

O processo Constituinte de 1988, deu-se mediante a configuração de um cenário de lutas e confrontos políticos entre setores do empresariado e as forças da Reforma Sanitária, mas que após vários acordos políticos, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) adotou grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário com o objetivo de reduzir as incontáveis injustiças sociais que foram produzidas ao longo dos séculos.

Nesse sentido, o texto constitucional dispõe em seu capítulo VIII, no artigo 196, que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O artigo 198 da CF/1988 por conseguinte, define o SUS, de modo que:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006 e EC no 63/2010) I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Carta Constitucional adotou os conceitos e princípios da Reforma Sanitária, como a universalidade, que sinaliza o direito de todo indivíduo ter acesso aos serviços públicos; a descentralização, em que a política de saúde deve seguir o nível de governo; a hierarquização que determina uma hierarquia dos serviços de saúde que dependem da complexidade das demandas; a integralidade, unificando a assistência curativa com a preventiva; regionalidade, cujos serviços devem priorizar as demandas locais, e a participação popular, que permite a participação da sociedade civil no planejamento e fiscalização das políticas (BRAVO; MATOS; ARAÚJO; 2001).

Entretanto, as últimas transformações desencadeadas pelo capitalismo monopolista, a crise do capital e as consequências societárias, impõem barreiras aos usuários, o que direciona a refletir sobre as condições de acesso destes sujeitos.

Como indicado, o acesso à saúde pública está atrelado aos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, equidade e integralidade que “remetem a uma lógica de direito e de trâmite livre na rede de atenção à saúde mediante as necessidades apresentadas pelos usuários” (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 186).

Atenta-se que as condições de acesso passam a ser regidas pelo processo de descentralização e regionalização, sobretudo com a Estratégia Saúde da Família, que incide na reorganização da rede de serviços de saúde, estendendo também aos municípios a responsabilidade de oferecer ações de prevenção e promoção à saúde.

Conforme Viegas e Penna (2013), a organização vigente do Sistema Único supõe um sistema de referência e contrarreferência que deve possibilitar o acesso dos usuários a rede hierarquizada, conforme os níveis de complexidade e a área geográfica.

O acesso da população à rede deve ser por meio dos Serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que se apresentam. Os casos mais complexos deverão ser referenciados para os demais níveis de assistência tecnológica (idem, p. 184).

Todavia, salienta-se que o conceito de acesso é complexo e apresenta uma variedade de sentidos, exigindo inseri-lo nas dimensões política, econômica, social, técnica e simbólica. Com efeito, defende-se a concepção de

acesso para além da entrada do usuário nos serviços de saúde, mas na direção de continuidade do cuidado/tratamento.

Os estudos da literatura apresentam o conceito de acesso vinculado às condições de acessibilidade e uso dos serviços. A este respeito, Giovanella e Fleury (1996) consideram o acesso a categoria basilar de análise a respeito da relação entre o usuário e os serviços de saúde, na compreensão da manifestação desta política. As autoras recorrem ao pensamento de Penchanski e Thomas (1987, p.127), ao entender o acesso enquanto conceito amplo que engloba dimensões específicas que indicam a relação estabelecida entre usuários e o sistema de saúde, a saber: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade, os quais são assim sintetizados por Assis e Jesus (2012, p. 2867-2868):

A disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. A acessibilidade assemelha-se à descrita por Unglert (1990), caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Adequação funcional é “entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos”²⁰, associando-se aos fatores capacitantes, tendo como recorte de análise a capacidade financeira dos serviços e a relação entre os custos e a sua oferta. E, finalmente, a aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços.

No que concerne aos modelos de análise que buscam caracterizar o acesso e as condições de acessibilidade, há, conforme Giovanella e Fleury (1996), o modelo economicista, que se refere a relação estabelecida entre a oferta e a demanda, com o intento de identificar os distintos padrões de consumo dos sujeitos. As autoras reiteram que,

A análise da oferta leva em conta a intervenção estatal como capaz de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, bem como conformar a demanda através da diferenciação dos distintos grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde (idem, p. 191).

Ressalta-se que o acesso dos sujeitos está vinculado também a outros fatores, como os aspectos culturais e os valores produzidos no interior da convivência familiar, lócus das primeiras construções sociais e formas de

conscientização. Giovanella e Fleury (1996, p. 192) apud Canesqui, (1989, p. 177), atentam que o

[...] o modelo economicista encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do consumidor em seu processo de decisão não pode ser reduzida à simples disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal garantido pela inserção laboral, mas teria que levar em conta "aptidões ideológicas" (sic) dos consumidores, representações intrínsecas aos distintos sistemas de cura socialmente organizados.

Isto implica dizer que, a via do consumo não se restringe ao acesso formal dos usuários aos serviços de saúde, mas deve-se considerar o interesse dos consumidores, as suas representações e visões de mundo, as ações desenvolvidas por instâncias ideológicas no tocante a oferta e organização das práticas em saúde (idem).

Outro modelo identificado é o sanitarista-planificador, sob este prisma, o acesso dar-se-á por meio da “distribuição planejada dos recursos da rede de serviços de saúde”, organizada mediante a demanda posta, embasada no planejamento das ações do Estado (GIOVANELLA E FLEURY, 1996, p 192).

Esta rede deve seguir alguns elementos técnicos, como apresentados por Giovanella e Fleury (1996, p. 192-193):

- regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia, levando-se em conta as condições de transporte;
- hierarquizada de acordo com os diferentes níveis de complexidade equipados com recursos necessários para garantir resolutibilidade;
- com agilidade nos processos administrativos para facilitar o atendimento da demanda e com a oferta de serviços em compatibilidade com a maior possibilidade de utilização pelos usuários;
- garantindo a informação adequada aos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para sua utilização;
- com um sistema de organização baseado nos princípios de referência e contra-referência, viabilizando o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde.

A concretização da política de saúde em consonância com os elementos citados acima, sobretudo, numa rede hierarquizada e equidade na alocação dos recursos, direciona a compreender esta via de acesso como uma “imagem-objetivo”, que diferentemente da utopia, consiste em uma realidade que se pretende alcançar em espaço temporal possível (idem).

Ademais, tem-se o modelo sanitaria-politicista, fundamentado no conceito de consciência sanitária, associado a concepção de que a saúde é um direito do cidadão, é a ação cognitiva que permite a compreensão dos fatores intervenientes no binômio saúde-doença, constituindo um movimento de desvelamento da realidade social e desalienação dos sujeitos. Estes elementos, influem para um movimento de politização ao revelar as contradições do modo de produção capitalista e direcionar a formação de uma contra-hegemonia (GIOVANELLA, FLEURY, 1996).

O acesso, neste caso, é visto não como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, ao qual ele dá entrada em momentos especiais de sua história de vida, mas sim como a construção, pela sua participação cidadã, deste sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e controle social (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 194).

Em consonância com esta perspectiva, o acesso está para além da entrada dos usuários nos serviços de saúde e trâmite para demais níveis de complexidade, envolve a participação no âmbito da elaboração, do planejamento e controle social das políticas públicas de saúde.

Por fim, Giovanella e Fleury (1996) apresentam o modelo das representações sociais, recorrendo as ideias de Birman (1991), entendendo que a constituição do real dar-se-á através da dimensão simbólica e subjetiva, inferindo-lhe significado e tradição histórica, ao ser apropriada pelos sujeitos e pela coletividade.

O conjunto de modelos que caracterizam o acesso desenvolvido pelas autoras, introduz a categoria nas múltiplas dimensões que constituem a dinâmica da vida social, sendo imprescindível a sua análise.

Estudos mais recentes sinalizam para a aproximação do acesso com o conceito de justiça social e equidade, ressalta-se ser este o conceito que se aproxima da discussão desenvolvida neste trabalho. Sanchez e Ciconelli (2012), referenciam as elaborações de Mooney (2009), que define o acesso em conformidade com a natureza e as barreiras ao cuidado e apresenta o diálogo com as demais categorias sinalizadas – equidade e justiça social. Este último, é identificado “como uma distribuição igualitária de recursos sociais, como nutrição, habitação, saúde e educação. [...] Mooney, [sinaliza que] a

distribuição de renda também é considerada por muitos como um determinante da desigualdade em saúde” (SWARTZ, 2004 apud SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 264).

De acordo com McIntyre e Mooney (apud SANCHEZ; CICONELLI, 2012) os elementos que constituem a saúde, o acesso e a equidade são variáveis culturais, se inseridas em uma sociedade abalada por múltiplas culturas e olhares distintos dos sujeitos sobre um mesmo fenômeno, nesse sentido, afirmam que “equidade e acesso são, em parte, culturalmente determinados” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p.264).

SANCHEZ; CICONELLI (2012) atentam para as duas concepções atribuídas ao termo de equidade, quais sejam: horizontal e vertical. A primeira manifesta a concepção de tratamento igualitário a sujeitos iguais, em contrapartida, a segunda expressa a necessidade de tratamento desigual a sujeitos desiguais, constituindo a compreensão que mais se aproxima do entendimento de justiça social.

A categoria equidade em saúde é ainda apreendida por Assis e Jesus (2012, p. 2870), como

diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações.

Assim, a ideia de equidade direciona a refletir sobre o imperativo de haver diferenças no nível de acesso, conforme as necessidades em saúde dos diferentes grupos e sujeitos, sendo necessário inseri-la na organização dos serviços, deste modo, cabe compreender que

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades [...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...] O SUS deve tratar desigualmente os desiguais (ALMEIDA et al., 2001, p. 35 apud MOTTER, 2007, p. 45).

Como assinalado anteriormente, a política de atenção à saúde é organizada estruturalmente em níveis de complexidade, assim, no que concerne ao acesso à Atenção Primária à Saúde, Assis e Jesus (2012, p. 2868) indicam sua vinculação às maneiras possíveis de introduzir-se nos

serviços de saúde, a depender da “[...] localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos”.

Em relação ao acesso à saúde hospitalar, os estudos das autoras supracitadas revelam distinções entre os segmentos da sociedade, em que as classes subalternas possuem maior dificuldade em buscar os serviços e quando o fazem é em razão de grande fragilidade no quadro saúde/doença, na perspectiva de encontrar a cura, distante de um viés preventivo e de promoção, realidade antagônica à classe burguesa, culminando para o crescimento da desigualdade social no acesso à atenção hospitalar.

Embora a ESF tenha ampliado a cobertura geográfica do acesso, sobretudo à APS, as autoras identificam impasses a concretização do acesso aos serviços básicos:

[...] a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema; e a pouca competência da APS em suas relações com outros setores da sociedade e do governo (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2889).

Nesse sentido, as constatações apresentadas direcionam a refletir que a organização hierárquica do SUS em níveis de complexidade, centralizam as ações de atenção aos agravos ou segmentos populacionais – realidade existente desde a medicina previdenciária – desconsiderando a perspectiva da integralidade, contribuindo para os fenômenos: “fragmentação da atenção, baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade” (GONDIM, et al, 2009, p. 98).

Assis e Jesus (2012, p. 2869) assinalam a desproporção entre oferta e demanda, culminando para a permanência do “modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas devido à limitação da assistência integral, face a ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência”.

Em conformidade, Gondim et al (2009, p. 98) reiteram,

A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de

procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde.

Nesse sentido, é possível identificar que o acesso os serviços de saúde apresentam algumas barreiras, dentre as quais estão: as barreiras geográficas, vinculadas aos fatores que implicam no deslocamento dos sujeitos aos serviços de saúde, como o tempo e a distância; as barreiras financeiras, expressa na desigualdade social no acesso – excluindo sobretudo os segmentos mais pauperizados, em virtude da elevação dos preços e serviços; as barreiras organizacionais, associadas aos aspectos organizativos dos serviços, “tipo e qualidade de recursos humanos e tecnológicos que facilitam ou limitam sua utilização” (idem, p. 141); as barreiras de informação, interligadas às atividades elaboradas em âmbito da saúde, aos aspectos culturais e nível educacional dos indivíduos, que se refletem na percepção dos sujeitos sobre os serviços, e conseqüentemente em seu acesso ou não (TRAVASSOS; CASTRO, 2008 apud SOPELETE; BISCARDE, 2013).

Atenta-se, portanto, para o fenômeno da mercantilização da saúde (SANTOS, 2013), posto que, numa sociedade centrada em bases moldadas pelo sistema capitalista de produção e reprodução das relações sociais, todas as coisas tornam-se passíveis de mercadorização. Não obstante, à lógica neoliberal recai sobre a saúde sob a forma de produto, a qual provoca uma inversão de valores pelos sujeitos, ao deslocar a concepção de direito assegurado pelo Estado e passa a considerá-la como um bem e serviço que pode ser comprado/consumido através do mercado. Atrelado a este movimento, está a reificação da saúde, que consiste em um fenômeno “[...] peculiar às sociedades capitalistas; é mesmo possível afirmar que a reificação é a forma típica da alienação (mas não a única) engendrada no modo de produção capitalista” (Netto; Braz, 2012, p. 106). Essas são características próprias da dinâmica do modo de produção capitalista, no sentido de atender aos interesses do mercado com vistas a ampliar o lucro da burguesia e do grande capital (SOARES, 2010).

Sob este prisma desenha-se um cenário de contra-reformas à política de saúde com o movimento mascarado de privatização, desvinculando investimentos do setor público ao privado, sobretudo através dos novos

modelos de gestão, a exemplo das Organizações Sociais, das Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (BRAVO, 2016). Este movimento caminha na perspectiva dos interesses do projeto privatista, em que se reflete na realidade brasileira por meio da:

[...] renúncia fiscal e do subsídio à expansão desordenada dos planos e seguros privados de saúde, tornando o Brasil o segundo mercado mundial de seguros privados; [...] isenção de impostos aos grandes hospitais privados; [...] desonerações fiscais para a importação e produção interna de equipamentos e insumos biomédicos. [...] alocação progressiva de recursos públicos do SUS junto ao setor privado, através de convênios e contratos. [...] adoção de mudanças de caráter privatizante no arcabouço jurídico institucional, criando condições para a atuação de novos modelos de gestão junto ao SUS (idem, p.224).

As transformações no âmbito da saúde se conformam em limites e ataques ao SUS, o que incide diretamente sobre as condições de universalidade do acesso dos sujeitos ameaçando a perspectiva de direito social arduamente conquistado.

Estas considerações encontram-se com o pensamento de Nogueira e Mioto (2009) ao refletir sobre qual a forma de acesso é direcionada a população, sobretudo a partir da criação da ESF, ressaltando os interesses dos organismos internacionais sobre a política de saúde. Pode-se observar que a organização dos serviços somadas as últimas transformações decorrem em resultados não positivos aos usuários, vislumbrados no estrangulamento da rede, em que as “centrais de marcação de consultas, teoricamente, deveriam conferir agilidade e dinamismo ao sistema, garantindo um atendimento integral baseado em referências e contra-referências” (idem, p. 235), mas tem sinalizado resultados pífios.

A realidade que o Sistema Único de Saúde vivencia nos dias hodiernos implica sobre o acesso, uma vez que o processo de ataques restringe

[...] as ações públicas estatais a práticas de cuidados focalistas, revestidas de um assistencialismo de baixa qualidade, voltados a grupos e regiões menos favorecidas e sem a garantia de acesso a todos os níveis de assistência, rebaixando a pauta da saúde a uma lógica que nega a determinação social do processo saúde-doença (BRAVO, 2016, p. 225).

Diante das considerações tecidas acima, pode-se afirmar que existem inúmeros entraves que inviabilizam o acesso universal dos sujeitos aos serviços de saúde, sobretudo frente à realidade contemporânea balizada na

política macroeconômica neoliberal, através do redimensionamento do papel do Estado, da transferência para a sociedade civil daquilo que historicamente foi função do Estado, com repercussões ao trabalhador, identificadas na ampliação do desemprego, na compressão de salários, contribuindo para o alvitamento de seu padrão de vida, fortes ataques ao sistema de seguridade social, configurando uma série de desmontes dos direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora.

Assim, os projetos em disputas são o da Reforma Sanitária, que defende a concretização do SUS Constitucional, enfatizando a concepção de Estado democrático e de direito, que deve ser o responsável pelas políticas sociais, dentre elas a política pública de saúde. Em paralelo, há o Projeto Privatista, que defende um Estado mínimo para o âmbito social, restringindo-se apenas para os que não podem pagar, e os demais buscariam acesso via mercado privado. A política de saúde nessa perspectiva desenvolve-se sob caráter focalizado e seletivo, ampliando o processo de privatização e o incentivo ao seguro social, desconsiderando as fontes de financiamento (BRAVO, 2009).

Este movimento contribui para a consolidação do cidadão-consumidor, transformando os sujeitos ora em cidadãos-consumidores que utilizam serviços mercantis, ora em cidadãos-pobres, que necessitam da assistência. Todos esses ataques aos princípios contidos na CF/1988, representam uma ofensiva do capital dada a sua necessidade de desenvolver estratégias cada vez mais bárbaras para manter sua reprodução, contra os direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores, através de luta e resistência.

Miranda (2006, p. 76) acrescenta que as “reformas, de caráter mercantilizador, vêm conferindo à saúde um enquadramento acentuadamente individual, subtraindo as conquistas constitucionais”. Nesse sentido, ratifica-se que mesmo diante da concepção de direito, do vasto aparato legislativo, políticas e programas, ainda não foi possível concretizar todos os princípios do SUS, exigindo a luta cotidiana para o ingresso nos serviços de saúde, especialmente à classe que sobrevive do trabalho, constituindo-se em objeto de verdadeira conquista, quando alcançado.

A este respeito, destaca-se as elaborações de Motter (2007, p. 48) ao parafrasear Bobbio (1992, p. 78) em relação à concretude de um direito positivado, este é compreendido como: “direitos cuja efetiva proteção são adiados além de confinados à vontade de sujeitos cuja obrigação de executar o ‘programa’ é apenas uma obrigação moral, ou no máximo, política, não pode ser ainda chamado de direito”. A autora traz estas reflexões no âmbito da saúde, em virtude dos entraves para efetivar princípios constitucionais, duramente conquistados, que como assinalado anteriormente, embora o acesso à saúde pública seja uma conquista constitucional legal, ainda não o foi implementada nos moldes em que deveria, excluindo uma parcela significativa da população ao acesso no que concerne aos serviços e ações em saúde (MOTTER, 2007).

O acesso universal está atrelado ao atendimento integral dos sujeitos a bens e serviços, entendendo-os enquanto seres singulares e indivisíveis, cujas suas necessidades devem ser atendidas nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Viegas e Penna (2013, p.185) destacam a funcionalidade da regulação no trâmite dos usuários aos diferentes níveis de complexidade e atenção “para ordenar, orientar, definir, otimizar a utilização dos recursos disponíveis para a atenção à saúde e, ainda, garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime”. Acrescenta-se que a regulação deve “facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contrarreferência na rede SUS” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2872), possibilitando o trâmite dos usuários nos diferentes níveis de complexidade.

O acesso universal e equânime se constitui em um dos maiores desafios de concretude ao SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes organizativos que o orientam.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises aqui tecidas direcionam a compreender que a conquista do acesso à saúde pública com viés universal e de direito, nos moldes em que se apresenta o contexto real, exige o respeito ao princípio da integralidade, o que requer um sistema efetivo de referência e contrarreferência.

Tal desrespeito aos princípios do SUS é também explicado pela conjuntura nacional adversa que atravessa as políticas sociais, dentre as quais a política de saúde que, sob a orientação de organismos internacionais, vem se distanciando dos princípios previstos no SUS pela sua substituição por medidas focalizadas, seletivas, que fragmentam a perspectiva universal e de direito social, recaindo sobre o indivíduo o encargo de atender suas necessidades via serviços privados.

Se faz necessário, enfatizar que a centralidade das ações do Estado na Atenção Básica atende à lógica incessante do capital, por se tratar de recursos mais baixos em relação à média e alta complexidade. E, por fim, reitera-se a necessidade de defesa do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira e de sua articulação às lutas mais gerais da sociedade, com vistas a ampliar a democracia para todas as instâncias que constituem a vida social e romper com o julgo da exploração.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 20, n 1, p.221-231, jan./jun. 2016. Entrevista concedida a Marly de Jesus Sa Dias.

GIOVANELLA Lígia; FLEURY, Sonia. Parte III - Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p.

GONDIM, Roberta. et al. Organização da atenção. In: EAD/ENSP (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, 2009.

MIRANDA, Ana Paula Rocha. **O visível e o invisível da política de recursos humanos do SUS**: uma análise a partir do programa saúde da família. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2006.

MOTTER, Denise Galhardi. Estratégia saúde da família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina-PR. Londrina, PR, 2007. 165 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, 2007.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. IN: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo, Cortez, 2009.

SANTOS, Paola Lorena Pinto dos. Mercantilização da saúde e cidadania perdida: o papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. **Revista da UNIFEBE**. v. 1, n.11, jan./jul. 2013.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, 2012.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. Recife, 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOPELETE, Mônica Camargo; BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação Uberaba**, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):181-190, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2017.