

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

FRANCIELLE LOPES ALVES

**TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS
DO SUS: UM ESTUDO SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

FRANCIELLE LOPES ALVES

**TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS
DO SUS: UM ESTUDO SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Regina Célia Tamasso Miotto.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

TERMO DE APROVAÇÃO

FRANCIELLE LOPES ALVES

TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUS: UM ESTUDO SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de fevereiro de 2010.

Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Regina Célia Tamasso Miotto
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC
Orientadora

Prof.^a Dr.^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - UFSC
Primeira examinadora

Prof.^a Dr.^a Regina Maria Giffoni Marsiglia
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP
Segunda Examinadora

*“O real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...”*
(Guimarães Rosa)

AGRADECIMENTOS

No momento em que se encerra esta etapa é muito importante manifestar gratidão àqueles que de forma especial participaram desse processo:

À *Universidade Federal de Santa Catarina*, que proporcionou minha formação acadêmica desde a graduação.

Ao *Programa de Pós-Graduação em Serviço Social*, aos professores e servidores que brilhantemente conduzem nossa formação.

À *Professora Regina Célia Tamaso Mioto*, minha orientadora, pelo saber compartilhado que muito enriqueceu minha formação e minha vida profissional, pela confiança e carinho que recebo desde a graduação.

Às professoras *Vera Maria Ribeiro Nogueira*, *Regina Maria Giffoni Marsiglia*, *Eleonor Minho Conill* e *Tânia Regina Krüger*, pelas relevantes contribuições para qualificar este trabalho.

Ao *Eduardo*, meu esposo, pelo amor e companheirismo, por partilhar comigo os momentos difíceis e conturbados, e os momentos de alegria e vitória. Por se envolver e se dedicar aos meus sonhos, esse trabalho é seu também.

Aos meus pais, *Luiz* e *Lucia*, que despertaram em mim o desejo da vida universitária, pelo apoio incondicional, por serem a razão de muitos sonhos. Aos meus irmãos, *Carolina* e *André*, pelo apoio e confiança que transmitem, cada um a sua maneira e com igual importância. Amo vocês!

Aos meus amigos, familiares e colegas de curso pela torcida, em especial à *Karina* e ao *André*, *Dalva*, *Telma*, *Airton*, *Regiane*, *Fernanda*, *Elaine*, *Luiza*, *Simão*, *Fernanda Borba*, *Cláudia Chupel*.

Às amigas *Mariana Barcelos* e *Hilda Rosana*, com quem posso dividir angústias e alegrias das coisas da vida.

Às *Assistentes Sociais do Hospital Universitário Carmen*, *Tayana*, *Orivalda*, *Maria Aparecida*, *Viviane* e *Rosilda* pela torcida e companheirismo e por se envolverem na conclusão deste trabalho disponibilizando seu tempo e suas rotinas tornando possível minha dedicação.

Às *estagiárias e ex-estagiárias*, pelo contínuo despertar para o comprometimento com nossa profissão e por iluminarem minhas manhãs. Em especial à *Fernanda Schutz*, *Wânia*, ao *Arnaldo*, à *Monique*, *Patrícia* e *Juliana*. Vocês moram no meu coração!

Aos *Assistentes Sociais do Hospital Governador Celso Ramos Carlos, Eliane, Josiane, Heloísa, Maria, Mirian e Shirley (in memorian)*, com quem pude compartilhar ideias para a construção deste trabalho.

Às *pacientes do Hospital Universitário e do Hospital Governador Celso Ramos* que me ofertaram suas histórias, compartilharam comigo seus sonhos e desejos e inspiraram o melhor deste trabalho.

Se hoje este trabalho representa uma maravilhosa conquista, é porque pessoas de igual valor partilharam momentos de dificuldades e de sucesso, acreditaram nas potencialidades e contribuíram de maneira própria e intensa. Obrigada!

RESUMO

ALVES, Francielle Lopes. **Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica.** 2010. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Trata-se de um estudo qualitativo sobre o acesso à utilização dos serviços de saúde do SUS, particularmente de um serviço de alta complexidade: a cirurgia bariátrica. O ponto de partida é o reconhecimento de que o direito a saúde garantido mediante acesso universal e igualitário não encontra correspondência com as reais condições de acesso da população, tornando-se mais difícil de acordo com a proporção de complexidade dos serviços. O estudo tem como objetivo principal identificar e analisar as trajetórias e estratégias desenvolvidas e os recursos utilizados por usuários e familiares para acessar a cirurgia bariátrica no âmbito do SUS. O serviço de cirurgia bariátrica foi escolhido por a obesidade constituir grave problema de saúde pública, constatada pelo expressivo aumento da demanda e da realização de cirurgias, bem como pelo processo pré-operatório ser interessante do ponto de vista investigativo. A entrevista semiestruturada foi o procedimento metodológico adotado, assim como critério de saturação para delimitação do número de participantes. Foram realizadas dezesseis entrevistas com pacientes de dois hospitais de Florianópolis que são Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. Partiu-se do entendimento de que o acesso é um processo que compreende a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes, e que a população ajusta modos próprios para acessar os serviços. Dentre os resultados, confirmou-se que o acesso explica as variações no uso de serviços de saúde e que diferentes recursos são dispostos pelos pacientes e familiares para que se realize o acesso aos serviços. Nessa direção, as trajetórias das usuárias foram sistematizadas em duas fases a partir do processo de prestação dos serviços: a realização da primeira consulta com a equipe de cirurgia bariátrica é a primeira fase, e a segunda fase integra a realização das consultas e dos exames pré-operatórios. As trajetórias da primeira fase podem ser distinguidas em: trajetórias preconizadas, trajetórias

redefinidas, trajetória de combinação por exceção, trajetória de combinação por exclusão, trajetórias por particularismos. Na segunda fase, identificou-se trajetórias preconizadas, trajetórias de combinação simples e trajetórias de combinações múltiplas. As trajetórias são marcadas pela demora e pelo uso de recursos e estratégias que serviram para eleição de quatro eixos de discussão: o sistema e os serviços de saúde, trabalhadores da saúde e o autogoverno, famílias e provisão do bem-estar, clientelismo e acesso aos serviços de saúde. Conclui-se que o arranjo formal-institucional que se forjou no âmbito do SUS tem fragilidades e dão origem a muitas barreiras enfrentadas pelas usuárias. Persiste uma lógica de universalização excludente que deve ser suplantada pela criação de um ciclo virtuoso de universalização incluyente.

Palavras-chave: Saúde. Acesso. Trajetórias de Acesso. Cirurgia Bariátrica.

ABSTRACT

ALVES, Francielle Lopes. **Access paths of the population to the SUS health care services**: a study about the bariatric surgery. 2010. 165 p. Dissertation (Master's Degree) – Social Work, Post Graduate Program in Social Work, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

It's about a qualitative study informing the access to SUS health care services, especially of one high-complexity service: the bariatric surgery. The first step is to recognize that the right of guaranteed health care through universal and egalitarian access does not match with the reality of the population access to it, becoming more difficult according with the complexity proportion of the services. The study has as main objective to identify and to analyze the paths and developed strategies jointly with the means used by users and family to get access to the bariatric surgery in SUS ambit. The bariatric surgery was chosen because obesity constitutes a serious problem of public health, verified by the expressive increase of the demand and the accomplishment of surgeries, as well for the pre-operative process being more interesting at the investigative viewpoint. The semi-structured interview was the adopted methodological procedure and the saturation criterion for the restriction of its participants as well. Sixteen interviews were accomplished with patients of two hospitals of Florianópolis which are High Complexity Assistance Units to Serious Obesity Patients Bearers. We have understood that the health care access comprises in the entry of the services and the reception of subsequent cares, and the population finds them own ways to get access to these services. Among the results, it has been confirmed that the access explains the variations in the use of health care and distinct means are available to patients and family to get the access to health services achieved. In this way, the paths of users were systemized in two phases beginning from the work for hire process: the doing of the first consultation with the bariatric surgery team is the first phase, and the second one integrates the doing of consultations pre-operative exams. The paths of the first phase can be distinguished in: preconized paths, redefined paths, combination paths by exception, combination paths by exclusion, and paths by particularisms. In the second phase, it has been identified preconized

paths, simple combination paths and multiple combination paths. The paths are marked by the delay and for the use of resources and strategies that were for election of four discussion axes: the system and health care services, workers of health and self government, families and provision of well being, political clientelism and access to health services. It concludes that the institutional-formal arrange who trumped up does has its frailties and create a lot of barriers fought by its users. It persists an excluding universalization logic which must be supplanted by the creation of a virtuous cycle of an including universalization.

Keywords: Health. Access. Access Paths. Bariatric Surgery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS-	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos
AMAUC	Municípios do Alto Uruguai Catarinense
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
H. Pylori	Helicobacter pylori
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
HRSJ	Hospital Regional de São José
HU/UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IMC	Índice de Massa Corporal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NESPP	Núcleo de Estudos e Pesquisas, Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1: Perfil das Usuárias. Macrorregiões: Grande Florianópolis e Sul.....	97
Quadro 2: Perfil das Usuárias. Macrorregiões: Extremo Oeste, Meio Oeste, Vale do Itajaí e Foz do Rio Itajaí	98

ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Trajetórias Preconizadas.....	129
Ilustração 2: Trajetórias Redefinidas.....	129
Ilustração 3: Trajetória de Combinação por Exceção.....	130
Ilustração 4: Trajetória de Combinação por Exclusão.....	130
Ilustração 5: Trajetórias por Particularismos.....	131
Ilustração 6: Trajetórias Preconizadas.....	133
Ilustração 7: Trajetórias de Combinação Simples.....	134
Ilustração 8: Trajetórias de Combinação Múltiplas.....	135

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 POLÍTICA SOCIAL E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	37
2.1 ESTADO, DIREITOS E POLÍTICA SOCIAL.....	37
2.2 CRISE CAPITALISTA E REPERCUSSÕES NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	49
2.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REFERÊNCIAS PARA O DEBATE.....	56
3 O DIREITO E O ACESSO À SAÚDE NO BRASIL.....	67
3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS.....	67
3.2 MODELO DE ATENÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DO SUS NO BRASIL.....	81
3.3 A ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE OBESIDADE E A CIRURGIA BARIÁTRICA.....	89
4 O RELATO DAS ENTREVISTADAS: PERFIL, ESTRATÉGIAS E SUJEITOS.....	96
4.1 AS USUÁRIAS ENTREVISTADAS: PERFIL.....	96
4.2 TRAJETÓRIAS, ESTRATÉGIAS E ARRANJOS.....	99
4.2.1 A Primeira Consulta.....	100
4.2.2 A Fase Pré-Operatória.....	105
4.2.2.1 Estratégias, o Papel do Serviço Privado e do Plano de Saúde.....	105
4.2.2.2 Protocolos: Acesso e Outras Barreiras.....	109
4.2.2.3 Particularismo, Clientelismo e “Convênios”.....	112
4.2.2.4 A Primeira Trajetória.....	115
4.3 SUJEITOS E RELAÇÕES.....	116
4.3.1 A Família.....	116
4.3.2 Os Trabalhadores da Saúde.....	119
4.3.3 Agentes Clientelísticos.....	120
4.4 TEMPO, FLUXOS, DIFICULDADES: OUTRAS QUESTÕES PARA O ACESSO.....	122
5 TRAJETÓRIAS DE ACESSO E TEMAS PARA O DEBATE.....	127
5.1 AS TRAJETÓRIAS DE ACESSO À PRIMEIRA CONSULTA.....	127
5.2 AS TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA FASE PRÉ- OPERATÓRIA.....	132
5.3 TEMAS PARA O DEBATE.....	136
5.3.1 O Sistema e os Serviços de Saúde.....	136
5.3.2 Os Trabalhadores da Saúde e “Autogoverno”.....	141
5.3.3 A Família.....	144
5.3.4 Clientelismo e Acesso aos Serviços de Saúde.....	146
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
REFERÊNCIAS.....	157
APÊNDICES.....	170
ANEXOS.....	177

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado “Trajetórias de acesso da população aos serviços de alta complexidade do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica”, foi desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculado à pesquisa “Família e Políticas Públicas: trajetórias de acesso aos serviços assistenciais e percursos de construção da intersectorialidade” (MIOTO, 2008) e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas, Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social – NESPP.

A finalidade é apresentar uma investigação que contribua para a compreensão da relação do usuário com os serviços públicos buscando conhecer como o direito a saúde se expressa concretamente em seu cotidiano. Para apreender essa inter-relação, elegemos como tema central o acesso aos serviços de saúde. A aproximação ao tema tem início a partir da atuação como assistente social na área da saúde¹, do acompanhamento do debate da profissão neste campo e das questões que imprimem os principais desafios à implementação dos direitos sociais em práticas concretas nos serviços prestados à população.

O acesso é aqui entendido como possibilidade de se utilizar serviços de saúde quando necessário e “corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los”². É notável a maior abrangência do conceito de acesso aos serviços de saúde, visto que, além do ato de ingressar no sistema de saúde, passou a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde. Desta forma, o acesso refere-se aos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de responder às

1 Nesta direção, cabe considerar a importante condução das ações profissionais dos assistentes sociais neste campo. Os assistentes sociais têm como um dos seus princípios éticos fundamentais o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais”. (BRASIL, 1997, p. 17).

² Conceitos desenvolvidos por Travassos, Oliveira e Viacava (2006) e Travassos e Martins (2004, p. 191) a partir das elaborações de Donabedian (1973). Conforme a análise de Travassos e Martins (2004, p. 191), “acesso” é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. Para as autoras, a terminologia empregada também é variável, pois, no resgate que efetuam de produções na área da saúde, é possível identificar o emprego de substantivos como “acessibilidade” – “caráter ou qualidade do que é acessível” – ou, como preferem outros autores, o substantivo “acesso” – “ato de ingressar, entrada”.

necessidades de saúde de uma determinada população (DONABEDIAN, 1988).

Nessa direção, Andersen (1995) afirma que o acesso é um dos importantes elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Engloba, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes.

De acordo com o autor, os serviços de saúde têm uma natureza dinâmica e recursiva e, por isso, sua utilização deve ser vista a partir de ciclos de *feedback* indicando, por exemplo, que promove a melhora do estado de saúde ou a satisfação dos usuários, chegando ao que se chama de “acesso efetivo”. Quando o nível do estado de saúde aumenta ou eleva-se a satisfação em relação à quantidade de serviços de saúde consumidos, define-se o “acesso eficiente”. É nesta perspectiva, entendendo que o acesso apenas se realiza no cuidado recebido, que construímos esta investigação.

Assim, tomamos como ponto de partida que a questão do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil está associada às suas próprias características, abarcando as relações entre os sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde (usuários, famílias, trabalhadores) e as contradições e conflitos do sistema, que ocorrem muitas vezes sob a ótica de ocultamento das “contranormas”, de relações hierárquicas, de clientela, favor e tutela.

Parte-se da consideração de que estudar os serviços públicos de saúde demanda remontar um debate que necessariamente abarca as relações entre Estado, Direito e Políticas Sociais. Exige, também, um aprofundamento sobre a organização da política de saúde no Brasil, as tendências atuais para sua condução e as recentes contribuições desenvolvidas a respeito da relação entre os usuários e serviços e, mais especificamente, sobre o acesso aos serviços de saúde de alta complexidade, escolhido como foco deste trabalho.

Para o desenvolvimento do estudo, partimos da consideração de que o Estado é a instância historicamente responsabilizada pelas condições de saúde da força de trabalho nas sociedades que nascem com o capitalismo. “Na Europa, desde o século XIX; no Brasil, desde a década de trinta e, sobretudo, no Estado Novo”. Neste processo, Luz (1986, p. 54; 62) ressalta que o termo “saúde” vem sendo apreendido de formas diferentes. Segundo a autora, aquele que muitas vezes condiz com a realidade da condução das políticas de saúde é o que aponta como “setor do Estado que deve se encarregar da doença da população (ou de setores dela) [...]”. Por esse motivo, carrega uma profunda ambigüidade:

ela é, por um lado, repositora de algo que a própria estrutura social subtrai; e, por outro, é “projeto de medicalização” que nunca se estende o necessário para suprir “medicamente a carência de saúde da população”.

Assim, sempre que falarmos de política de saúde, ou mesmo de serviços de saúde, é preciso considerar que geralmente se fala de saúde como presença/ausência relativa de doença, que nas formações sociais capitalistas exprimem uma forma de subsumir o problema das condições globais de vida nestas formações, bem como a ideia de direito a saúde está, com frequência, considerando o direito a atenção médica ou aos serviços médicos (LUZ, 1986). No entanto, isso não significa a adoção *in totem* dessa ideia reduzida de saúde. Para Luz (1986), houve certo reconhecimento institucional desta redução, que passa por uma periódica “renegociação” como um exercício de renegociação do próprio Contrato Social³. Por isso, no final da década de 1970, passa-se a incluir questões das dimensões da cidadania e dos direitos humanos no âmbito da saúde, que têm sido reiteradas em declarações de conferências e assembleias mundiais desde Alma-Ata (1978)⁴ e constituem importante elemento nas cartas constitucionais de diferentes países. A saúde é então reconhecida como direito humano fundamental e indispensável para o exercício de outros direitos humanos (NOGUEIRA e PIRES, 2004).

No Brasil, a institucionalização desta dimensão se deu recentemente e dependeu da emergência de um conjunto de novos atores sociais no contexto da redemocratização política, que ocorreu a partir da segunda metade da década de 1980. Neste contexto, teve início um processo de reformulação das estruturas legais e institucionais prestadoras de serviços sociais que foram inscritas na Constituição Federal de 1988. A saúde está inscrita no conjunto das políticas que compõem a Seguridade Social brasileira e passa a ser “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 2001, p. 86).

³ Ideário político em que repousa a “ordem” das sociedades capitalistas.

⁴ A Declaração de Alma-Ata é resultado das discussões realizadas na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Na declaração, reafirma-se que saúde é completo bem-estar físico, mental e social e um direito humano fundamental, e que a atenção primária é a base para o alcance da “Saúde para Todos no ano 2000” – lema desencadeado naquela ocasião.

Atualmente, a concepção ampliada de saúde referida no texto constitucional enfrenta o desafio de efetivar-se na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado para materializá-la em conexão com as demais políticas setoriais, especialmente através do desenvolvimento das chamadas ações intersetoriais. A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu aportes para que os direitos sociais se concretizem nesta perspectiva e adotou, no seu artigo 194, o conceito de Seguridade Social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social”. (BRASIL, 2001, p. 84).

As garantias do texto legal mostram-se desafiadoras quando se revelam as reais condições de saúde da população. Na perspectiva de Sposati (2002), a dificuldade reside no fato do reconhecimento tardio dos direitos sociais no Brasil, que não ocorreu somente com a saúde. O direito à educação pública, por exemplo, só esteve presente na Constituição de 1946 e, até hoje, ainda há crianças sem vagas em ensino fundamental ou analfabetas aos 10 anos de idade. O direito a saúde foi reconhecido num momento de luta já por direitos difusos, entre os quais os de gênero, os etários, de etnia e de opção sexual. Os movimentos nacionais e internacionais lutavam pelos direitos das chamadas minorias quando os direitos de maiorias não tinham se efetivado.

Sposati (2002, p. 02) afirma que, em diferentes países, bem como no Brasil, o reconhecimento legal dos direitos sociais no último quartel do século XX caracteriza uma “regulação social tardia”. Neste contexto, o reconhecimento legal não significa que estejam sendo efetivados, ou seja, eles podem continuar a ser direitos “de papel”. “Este *gap* cria uma distância entre o perfil legal do país, que se mostra avançado, e as condições reais da população, que permanece excluída do alcance efetivo do disposto em lei”.

Na direção desta e de outras implicações históricas, sociais e culturais que pretendemos abordar, podemos indagar: qual a relação entre o direito a saúde no Brasil e sua expressão concreta na vida dos usuários na forma do acesso aos serviços? A premissa constitucional de acesso universal e igualitário é garantia para o usuário do SUS na atualidade?

Na atuação como assistente social na área da saúde, é possível observar a grande demanda em torno da orientação de indivíduos e grupos para identificação de recursos e serviços, bem como de proporcionar o acesso eles. Esta realidade remete à constatação de que, apesar da inserção em instituição gerida no contexto do SUS, são

variados os dilemas vivenciados pelos usuários para acessar os serviços públicos ofertados. As dificuldades e barreiras possuem as mais diversas origens, e os profissionais imediatamente deparam-se com o dilema de adequar as necessidades dos usuários às possibilidades do funcionamento do sistema. A fim de que sua relação com o serviço ou instituição finalmente se estabeleça, os usuários ou seus familiares recorrem ao Serviço Social⁵, como recorrem, por exemplo, aos membros de suas redes de relações pessoais.

Especialmente em se tratando do acesso aos serviços de saúde de alta complexidade, o usuário inicia um percurso que geralmente acaba envolvendo o grupo familiar e que foge ao fluxo proposto para o SUS. Esse fluxo alternativo se faz a partir da existência de diferentes barreiras que se constituem social e historicamente e que são reconhecidas por diferentes pesquisadores da área (DONABEDIAN, 1988; COHN et al, 1991; TRAVASSOS, OLIVEIRA E VIACAVA, 2006). Mas este é também um tema de discussão presente na mídia em todo o Brasil, o que representa sua atualidade no cotidiano da população. Neste caso, o acesso tem sido abordado em diversas perspectivas e também sob aplicação de diferentes estratégias discursivas⁶.

Em um acompanhamento feito entre novembro de 2008 e fevereiro de 2009⁷, foi possível observar as diferentes formas como o acesso pode ser discutido. São veiculados pela imprensa brasileira de projetos pontuais de iniciativa estatal – desenvolvidos na tentativa de ofertar uma resposta à população frente à demanda reprimida em algum serviço – até pesquisas que apontam para as diferenças no acesso entre a população afrodescendente e branca denotando a presença do racismo nos serviços de saúde, por exemplo.

Inúmeras são as denúncias feitas em torno da violação dos preceitos constitucionais (acesso universal e equitativo), como a que

⁵ Muitos usuários procuram o Serviço Social da instituição na crença de encontrar o profissional que vai buscar atender sua necessidade numa perspectiva de ajuda e caridade. Passa, também, por uma expectativa de encontrar o profissional que vai defender seu direito, requerendo-o a partir dos preceitos constitucionais.

⁶ As estratégias discursivas estão presentes nas notícias publicadas no Brasil e são trabalhadas por Biondi (2003) nesta perspectiva por determinarem a inversão das informações, os enfoques interesseiros e as manchetes encomendadas no contexto do jogo de relações que envolvem a condução de importantes questões de interesse nacional.

⁷ Este levantamento foi possível através da monitoração de notícias publicadas na Internet a partir da ferramenta “Alertas do Google”, que são *e-mails* recebidos com os resultados de notícias e *websites* atualizados sobre assuntos ou tópicos selecionados pelo usuário. Esta ferramenta está disponível em: <http://www.google.com/alerts?hl=pt-BR>. No caso do levantamento realizado, os termos de pesquisa foram “acesso”, “saúde” e “SUS”.

relata a manutenção de duas portas de entrada – uma para usuários do SUS, outra para usuários de convênios – em uma instituição mantida com verbas do SUS, onde o quadro de profissionais e a estrutura tecnológica são incorporadas e mantidas com verbas públicas. Algumas notícias são claras em questionar este dilema. Outras nem tanto. Justificam os investimentos públicos pelo fato de a instituição atender em sua maioria usuários do SUS.

Ampliar e facilitar o acesso também são temas constantes, como a medida do Ministério da Saúde de facilitar o acesso ao preservativo masculino, até os novos credenciamentos de serviços que possibilitarão o acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade. É preciso observar que quando se fala em ampliação do acesso, pode-se abarcar tanto a ampliação daqueles serviços já ofertados pelo sistema, quanto a incorporação de novos procedimentos, serviços e tecnologias. Conseqüentemente, assim como se fala do acesso a itens básicos, fala-se da ampliação do acesso no sentido de incorporação de novas tecnologias.

No período averiguado, teve destaque a instituição da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. Após o anúncio da instituição da Política, logo as publicações trataram de questionar a dificuldade de se acessar os serviços que serão ofertados dada a concentração desta especialidade na região Sudeste do Brasil. Destaque para o fato de que muitas notícias estabelecem uma relação entre a “novidade” de ser possível os usuários do SUS terem o “privilégio” de acessar um serviço, antes somente acessado no setor privado.

O acesso também aparece como elemento, ainda que secundário, nas notícias que remetem à estruturação do complexo industrial de saúde no País. A instalação de fábricas é tida como confirmação do potencial brasileiro em atrair investimentos estrangeiros no setor, bem como responde à necessidade de criação de conhecimentos e geração de empregos. No Brasil, o acesso universal é tomado como garantia de mercado consumidor e, por isso, pode-se aqui fazer excelentes investimentos. Contudo, apesar dos investimentos que aproveitam este potencial, a existência de um grande número de usuários que vai depender do SUS é lembrada na perspectiva de que são usuários que também vão demandar serviços que dependem de alta tecnologia e, nesta direção, o Brasil hoje esbarra na capacidade de produção científica e tecnológica e na dependência do setor público ao setor privado para manter viva a acumulação de capital.

“O sistema de saúde está avançando, mas não consegue trazer consigo a base produtiva e de inovação, o que pode levar a um estrangulamento do orçamento público e a um gargalo intransponível de acesso da população a produtos que requerem mais conhecimento”, analisa Carlos Gadelha. Quando se estende a atenção básica, a população que nunca teve acesso passa a demandar tanto produtos e serviços primários quanto os de maior complexidade, “e a função do SUS”, diz ele, “é dar atendimento integral”. Por isso, é necessário ter uma base produtiva forte no Brasil. Sem ela, argumenta, o país fica vulnerável ao jogo muitas vezes sujo do mercado internacional: “Quando começamos a fabricar determinado item, as empresas baixam o preço na tentativa de inviabilizar a fabricação local”. [...] O economista ressalta que os direitos de propriedade intelectual devem estar subordinados aos direitos de cidadania e aponta a competição como única forma de garantir à população acesso amplo aos avanços científicos: “Quando a tecnologia é dominada por poucas empresas, não temos mecanismos que o garantam”. (DOMINGUEZ, 2009).

De maneira geral, no âmbito destas publicações, o acesso é tomado ora na perspectiva de sua negação, ora nas possibilidades de sua ampliação (dos serviços que já são oferecidos, também como pela incorporação de novos), como também estão presentes os aspectos diferentes para sua determinação, como o exemplo que tomamos acerca da constituição do complexo industrial da saúde. Contudo, as denúncias, os dilemas, as propostas, pontuais ou não, vão geralmente associar as dificuldades no acesso aos serviços de maior complexidade, como exames de tomografia computadorizada, medicações de dispensação excepcional ou consultas especializadas e cirurgias complexas, procedimentos geralmente abordados nas discussões desenvolvidas por publicações de todo o País.

A verificação das produções acadêmicas sobre acesso permite-nos identificar como é relevante sua problematização a partir da análise de dados contidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Os estudos apontam, de forma mais contundente, para uma associação entre melhor nível socioeconômico e maior uso de serviços

de saúde, tendo demonstrado maior uso de serviços pela população mais saudável. Pesquisas acadêmicas também buscam identificar e analisar barreiras ao acesso e autores, como Cohn et al (1991), afirmam que o acesso deve ser observado a partir da realidade dos usuários.

Alguns dos importantes textos que buscam elaborações acerca do acesso aos serviços de saúde no Brasil vão se preocupar em analisar os dados da PNAD, que desde 1981 publica suplementos⁸ voltados à saúde. Conforme levantamento de Travassos, Viacava e Laguardia (2008), até 2007 encontram-se 52 publicações que analisam os dados dos Suplementos. Estão incluídos trabalhos destes mesmos autores, dos quais três destacamos para apontar a preocupação atual, entre outras, em apontar grupos populacionais em condições desfavoráveis de acesso aos serviços de saúde. Os indicadores de acesso da PNAD 1998, apesar de apontarem dados favoráveis no uso regular de um mesmo serviço de saúde, como consultas médicas e odontológicas, mostram também que as barreiras de acesso parecem anteriores à procura. Isto porque uma quantidade considerável (21,3%) de pessoas não procurou os serviços, embora o desejasse, alegando diferentes motivos para a não procura.

As maiores barreiras de acesso no meio rural referem-se à pequena oferta de serviços públicos na região, já que falta de dinheiro e dificuldades de acesso geográfico foram os maiores impedimentos. Na área urbana, embora exista mais oferta de serviços de saúde, estes não são oferecidos em quantidade suficiente, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos da não procura. (PINHEIRO et al, 2002, p. 705).

Travassos e Viacava (2007, p. 2498; 2500) avaliam o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde dos idosos residentes em áreas rurais no Brasil no ano de 2003. Verificou-se que a população de idosos rurais no Brasil se encontra em situação de marcada desvantagem no acesso e na utilização de serviços de saúde em comparação à população de idosos urbanos. Além disso, a conformação da oferta de serviços resulta em reduzida eficiência e baixa adequação dos cuidados prestados. “Acesso limitado a serviços de complexidade intermediária no SUS e as barreiras financeiras no acesso a médicos especialistas em

⁸ A partir de 1998, a PNAD, com financiamento do Ministério da Saúde, publica quinzenalmente um suplemento sobre saúde, acesso e consumo destes serviços.

consultórios privados resultam em agravamento desnecessário do estado de saúde dos idosos e maior demanda aos hospitais”. As taxas de utilização de serviços de saúde da população idosa não eram compatíveis com suas necessidades de saúde nem o cuidado era de boa qualidade. “A predominância de pessoas de baixo poder aquisitivo nessa população e a ausência de vínculo empregatício são fatores estruturais que limitam o acesso aos serviços privados sem financiamento do SUS”.

Também a partir da PNAD dos anos de 1998 e 2003, Travassos, Oliveira e Viacava (2006, p. 983) dedicaram-se a comparar as desigualdades sociais e geográficas no acesso aos serviços de saúde entre os anos supracitados. Conforme destacaram, o padrão do acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. As desigualdades permanecem presentes no período tanto nas crianças, como nos adultos. Considerando escolaridade e renda, os autores concluem que a renda mostrou-se fator importante no acesso aos serviços de saúde das crianças. “Notou-se que o local de residência afeta o acesso, que melhora com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região”.

Outros estudos acadêmicos vão fazer considerações semelhantes acerca do acesso destacando suas barreiras e fatores facilitadores. Para Carvacho et al (2008), em se tratando de acesso a serviços de saúde para adolescentes, além das barreiras geográficas, econômicas, administrativas e de informação, são importantes as barreiras psicossociais, na qual destaca-se o sentimento de vergonha no atendimento por ginecologista do sexo masculino, por exemplo.

Ao entrevistar usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Ramos e Lima (2003) vão destacar as facilidades e dificuldades de acesso econômico e funcional. Acurcio e Guimarães (1996) vão discutir a acessibilidade aos serviços de saúde das pessoas infectadas pelo vírus HIV. Segundo os autores, estudos recentes têm focado a acessibilidade em saúde como um indicador para investigar a violação de direitos humanos relacionados com HIV/AIDS a partir da incapacidade dos governos de reduzir o impacto que a pandemia tem provocado. Concluem que é necessário compreender as implicações das diversas barreiras de acesso levando-se em conta os custos sociais e humanos da infecção pelo HIV, as necessidades dos indivíduos infectados e as consequências do não atendimento em tempo hábil.

Cohn et al (1991, p. 93) vão discutir o acesso a partir do perfil de utilização dos serviços. Para os autores, a acessibilidade é um conceito formulado no cotidiano e corresponde à relação funcional entre as “resistências” ou dificuldades sentidas pelos usuários, que são

oferecidas pelos próprios serviços, e o que considera um bom atendimento, a partir de suas experiências, percepções e valores. Facilidade ou dificuldade no acesso ao serviço remete à disponibilidade e eficiência da organização, bem como à insegurança de ser ou não atendido. Por isso, os usuários têm preferência por serviços mais completos, rápidos e íntimos, como o hospital, que tem disponíveis mais recursos e onde se estabelece a relação do paciente com o médico. Para os autores, as políticas de saúde no Brasil vão cristalizando um acesso extremamente desigual da população aos serviços de saúde.

Apesar dos estudos atuais buscarem problematizar o acesso a partir de seus fatores determinantes, de suas barreiras principalmente, e de defenderem a política de saúde universal, é preciso destacar aqueles que se voltam justamente ao contrário. Buscam justificativas em torno da focalização de segmentos e populações cujo acesso não se garante, reforçando estratégias de seletividade para ação pública estatal. Importantes documentos contemplam e sugerem estas medidas, como o publicado pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL (2006), intitulado “La Protección Social de Cara al Futuro - Acceso, Financiamiento y Solidaridad”. Neste documento, o organismo propõe repensar a proteção social na América Latina e no Caribe relacionando direitos sociais e os critérios de política social destinados a reforçar um maior acesso, melhor financiamento e mais “solidariedade”. A proteção social deve incluir três componentes-chave: universalidade, com seletividade e que não ultrapasse níveis “financiáveis”; solidariedade, como integração social, estrutura de distribuição de acesso e participação da sociedade civil em seu financiamento; e eficiência, para maximizar os objetivos sociais com recursos escassos. Devem-se facilitar acordos que permitam a seletividade, focalização (aos grupos mais privados de direitos sociais) e a discriminação positiva (grupos com direitos ou benefícios específicos).

O elemento central na discussão sobre a política de saúde é melhorar o acesso a bens e serviços de saúde que favorecem um melhor estado de saúde da população na atenção primária. Não menciona os serviços especializados. Trata da introdução de esquemas de seguro baseados nos riscos e voltados à equidade e eficiência do sistema. Como está exposto, devem ser definidos pacotes de ações (mínimos e obrigatórios) como direitos exigíveis pela população. Ainda assim, a definição das ações deve seguir a capacidade financeira do sistema público em provê-las.

Portanto, estudos, pesquisas e documentos oficiais demonstram o reconhecimento de diferentes problemas para que o acesso a saúde

ocorra de acordo com o proposto no texto constitucional brasileiro. Além dos problemas reais, são categóricas as propostas que caminham de forma oposta ao texto legal, como a produzida pela CEPAL, que apontaria a universalidade brasileira em saúde como “excesso”. Dificuldades como as citadas anteriormente têm grande incidência e impedem a satisfação das necessidades de assistência a saúde de grande parte da população brasileira, que tem o SUS como única alternativa.

A universalização do acesso, contudo, ainda tem sido vista como o ganho legal mais significativo para a maior parte da população brasileira com a implantação do SUS. De diferentes formas, o acesso nos três níveis dos serviços acontece ao menos para uma parcela da população, às vezes longe do fluxo proposto pelo SUS, que se torna mais um desejo dos técnicos do que uma realidade, como destaca Cecílio (1997). Na prática, segundo o autor, a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Nas emergências e nos ambulatórios hospitalares e especializados, a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas “simples”. E, mesmo quando são estabelecidas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta pelos centros de saúde), o acesso aos serviços especializados é bastante difícil.

É relevante resgatar a discussão feita por Vidal (2008) considerando a demanda reprimida e o acesso aos serviços de média complexidade do SUS. A demanda reprimida, segundo a autora, parafraseando Andersen (1995), é uma forma de acesso incompleto e considera a falta de continuidade do tratamento e do não acesso aos retornos das consultas e exames, expressando também a ausência de oferta de serviços adequados, acolhimento, vínculo e também de resolubilidade. A demanda reprimida vai resultar de um conjunto de fatores que assim pode ser apresentado:

- 1) da falta de acesso às variadas portas de entrada do sistema: quer seja nos módulos do Programa de Saúde Família (PSF), nos Postos de Saúde (PS), e/ou nas emergências;
- 2) a falta de acesso entre os diferentes níveis de atenção à saúde, tanto na passagem da baixa para média complexidade quanto entre a média e alta complexidade, ou seja, falta de continuidade de

assistência entre os respectivos níveis conforme a necessidade do usuário;

3) da falta de acesso no interior de um mesmo nível do sistema: quando não há resolatividade na referência e contrarreferência entre as ações e serviços de um mesmo nível e/ou unidade de saúde. (VIDAL, 2008, p. 135).

A demanda reprimida ou o acesso incompleto aos serviços de saúde estão associados à proporção de complexidade dos serviços e com a condição socioeconômica do usuário, a quem passa a ser delegada a construção de estratégias e trajetórias próprias para acessar os serviços, que geralmente fogem ao fluxo institucionalizado no âmbito do SUS. A população passa a ter de enfrentar os impasses que se apresentam em se tratando do acesso aos serviços de saúde do SUS. Os mecanismos de regulação do sistema de saúde, as normas e “contranormas” que se constroem no âmbito das instituições se deparam com a capacidade de “resistência” da população aos desafios e barreiras (COHN et al,1991).

Pode-se então questionar: como os usuários do SUS acessam serviços de alta complexidade? Seguem os fluxos propostos? Quais são as estratégias que estabelecem e quais são as trajetórias⁹ que percorrem para acessar serviços de alta complexidade em serviços públicos de saúde?

Para Cohn et al (1991, p. 93), a própria população estrutura as suas estratégias de acesso aos serviços. É no cotidiano e na vinculação com as condições mais imediatas de disponibilidades oferecidas que se constitui a acessibilidade formulada pelos usuários. Para os autores, a população monta uma “cesta básica” de serviços a partir dos conhecimentos e da percepção que possui, e dela tentará usufruir.

É essa ‘cesta básica’ que configura o ‘grau de ajuste’ da população, que, conhecendo o rodízio de obstáculos interpostos entre as suas necessidades e a disponibilidade problemática dos recursos dados, formula modos próprios de acessibilidade a partir da sua capacidade de enfrentamento das carências que perpassam o seu cotidiano.

⁹ Trajetória pode ser definida como “Caminho percorrido por um corpo em movimento; Sequência dos acontecimentos ocorridos ao longo de um período ou da existência de alguém ou algo; Conjunto das posições sucessivas ocupadas por um corpo em movimento”. (AULETE, 2009).

No Brasil, conforme os autores, existem populações socialmente condenadas a elaborar a sua capacidade de utilização da rede, que é precária e eternamente insuficiente. O acesso à assistência à doença passa pela reiteração da condição de desigualdade. Assim, cabe à população ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, “para à sua maneira conquistar o direito à saúde”.

Em trabalho desenvolvido anteriormente¹⁰, foi possível confirmar que no âmbito do SUS as principais dificuldades vivenciadas pelos usuários eram as de acessar os serviços de alta complexidade. Além disso, foram mencionadas dificuldades e experiências para efetivação do acesso que não estavam diretamente ligadas às características e aos aspectos da oferta. Situações que, por exemplo, apontam para a responsabilização das famílias e para a intervenção de profissionais com o intuito de favorecer ou não o acesso. São situações que demonstram que o acesso não se faz a partir de uma oferta organizada ou pela perspectiva do direito somente. Nesta direção, concordamos com Giovanella e Fleury (1995, p. 189), que afirmam que “é na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas”.

Acreditamos que é necessário pensar/investigar o acesso aos serviços de saúde sob as diferentes estratégias e relações que o conformam, a partir da realidade e das situações vivenciadas pelos usuários e sua família, especialmente nos serviços de alta complexidade, o que nos permitirá identificar relações que extrapolam a organização do sistema e elaborar considerações que possam contribuir para o debate sobre a política de saúde e, consequentemente, subsidiar propostas, estudos e intervenções profissionais nesta área.

Objetivando a aproximação qualificada com a realidade do serviço público de saúde brasileiro em alta complexidade, ouvimos usuários e familiares do serviço de cirurgia bariátrica oferecido por dois hospitais públicos de Florianópolis, que são Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave. Tal serviço foi escolhido pelo fato de que, para completar o seu acesso, ou seja, chegar à realização da cirurgia, é preciso que o paciente realize exames e

¹⁰ ALVES, F. L.. Da Atenção Básica à Internação Hospitalar: uma reflexão acerca da trajetória de assistência do usuário do SUS de Florianópolis. **Trabalho de Conclusão de Curso** - Especialização em Gestão Hospitalar. Departamento de Desenvolvimento e Potencialização de Pessoas, UFSC, 2007.

consultas cujo acesso também fica a seu cargo. Sabe-se que estudar as relações presentes em um único serviço de saúde não é suficiente para captar todo o conjunto das relações do sistema de saúde, mas entende-se que, ao analisar suas singularidades, é possível dialogar de forma densa com a lógica do sistema a que pertence (DESLANDES e GOMES, 2004).

Nesta direção, foram determinados como objetivo geral da pesquisa: identificar e analisar as trajetórias e estratégias desenvolvidas e os recursos utilizados por usuários e familiares para acessar a cirurgia bariátrica no âmbito do SUS. Como objetivos específicos, foram definidos:

- a) identificar fatores e situações vivenciadas pelos usuários e famílias que dificultam ou favorecem o acesso à cirurgia bariátrica;
- b) identificar e problematizar as relações entre os atores e instituições que contribuem para o desenvolvimento de estratégias e alcance de recursos para o acesso aos serviços de saúde;
- c) sistematizar as trajetórias dos usuários e famílias para acesso ao serviço de saúde de alta complexidade no âmbito do SUS¹¹.

Nos dias atuais, a obesidade é considerada uma doença crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo¹². É avaliada como um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. O Brasil acompanha as tendências mundiais no crescimento da população obesa. A pesquisa de “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL”, realizada pelo Ministério da Saúde em 2008, aponta a melhoria em alguns indicadores gerais em saúde, como a ampliação ao acesso ao diagnóstico de hipertensão arterial. No entanto, a obesidade é um dos itens mais preocupantes, pois está demonstrado seu aumento. Atualmente 13% dos adultos brasileiros são obesos, sendo o índice maior entre as mulheres (13,6%). Os homens representam 12,4% da população pesquisada. A primeira edição desta

¹¹ É importante frisar que o presente trabalho não foi elaborado com o objetivo de abordar os itinerários terapêuticos dos sujeitos, o que seguiria uma abordagem socioantropológica, mas, sim, de recuperar a trajetória assistencial, já que a preocupação foi captar fatos do percurso apenas no contato com o sistema de saúde, tal como expõem Silveira *et al* (2008) e também trabalhada por Lopes, Silva e Hartz (2004), apesar de focadas em processos avaliativos. A abordagem dos itinerários terapêuticos envolve analisar as práticas socioculturais de saúde.

¹² A obesidade é considerada fator de risco para patologias, tais como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias e problemas respiratórios, por exemplo.

pesquisa, realizada em 2006, mostrou que 11,4% dos brasileiros eram obesos. No ano seguinte, esse índice subiu para 12,9% (BRASIL, 2009).

No meio acadêmico biomédico, de acordo com a classificação de gravidade recomendada pela Organização Mundial da Saúde, a obesidade tem sido classificada em três graus a partir do Índice de Massa Corporal – IMC¹³. O grau III, ou a obesidade grave, é uma das condições para que a pessoa receba a indicação de tratamento cirúrgico, ou cirurgia bariátrica, geralmente realizada a partir da diminuição do tamanho do estômago para perda de peso.

No Brasil esta cirurgia é realizada pelo SUS desde 2001. Até 2008 a oferta deste serviço, que é considerado de alto custo, cresceu 542%. Levantamento do Ministério da Saúde revela que, no Brasil, apenas em 2008, foram realizados 3.195 cirurgias bariátricas, a um custo de R\$ 15,736 milhões para o SUS. “Em 2001 foram gastos R\$ 1,237 milhão para 497 procedimentos como esse. O investimento cresceu 1.765%. Também aumentou a quantidade de estabelecimentos habilitados para realizar a operação. Em 2001, eram 18. Hoje são 58 unidades pelo Brasil”. (BRASIL, 2009a).

Santa Catarina é o terceiro Estado brasileiro entre os que mais realizam o procedimento cirúrgico: 344 cirurgias em 2008, enquanto no Paraná foram 954 e em São Paulo, 1.068. Acompanhando o maior número de obesos entre as mulheres no Brasil, o maior número de cirurgias bariátricas foi também realizado em mulheres. Em 2008 foram 2.639 cirurgias, enquanto 556 homens se submeteram a ela, ou seja, cinco vezes menos (BRASIL, 2009a).

Para se submeter à cirurgia, o usuário é inserido em um protocolo definido pelo Ministério da Saúde que visa à comprovação de suas condições biológicas e psicológicas, a qual se efetiva posteriormente à apresentação de vários exames e pareceres de profissionais médicos, nutricionista e psicólogo. Apesar de ser um serviço que tem crescido em todo País, destaca-se que a exigência de tantos exames e consultas muitas vezes não é acompanhada pela possibilidade de realizá-los na instituição em que foram solicitados, apesar de ela ter condições de atender o usuário. Muitas vezes o usuário deve recorrer a outras instâncias do SUS para agendar, por exemplo, a endoscopia digestiva, um dos exames exigidos, incorrendo em aguardar

¹³ O IMC é calculado dividindo-se o peso corporal (em quilogramas), pelo quadrado da altura, em metros quadrados. A OMS define a gravidade da obesidade em grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²); obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,2 kg/m²); e obesidade grau III (IMC maior que 40 kg/m²).

tempo demasiado para que o retorno ao médico solicitante seja feito sem prejuízo à apresentação de outros exames, que deixam, na perspectiva do médico, de ser válidos em decorrência de alterações orgânicas que podem ocorrer em curto prazo.

Neste cenário e frente à discussão e aos objetivos expostos, partimos, neste momento, para exposição do caminho percorrido na perspectiva de alcançá-los. O suposto é que o método científico tanto ordena o pensamento na relação com o objeto a partir de um método, visando a resolução de um problema, como abarca os procedimentos instrumentais para a construção do conhecimento.

A pesquisa configura-se como qualitativa, pois parte para a busca de respostas em torno de uma realidade não quantificável, composta de significados, motivos, aspirações e atitudes inseridas no universo das relações humanas. Para guiar o estudo, tomamos como método o dialético. Entende-se que, para o avanço das discussões acerca do acesso aos serviços de saúde de alta complexidade, é necessário apoderar-se de seus pormenores, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e perquirir a conexão íntima que há entre elas. Desta forma, simplificando, o movimento metodológico investigativo deve congrega a apreensão da realidade em sua totalidade, na qual o acesso aos serviços de saúde é uma dimensão que não pode ser desvinculada. Para isso, é necessário realizar mediações que ajudem a compreender o acesso como objeto, desvendando, por exemplo, suas determinações sociais, econômicas, históricas e culturais. Destaque neste método também é dado à historicidade, já que o acesso em saúde é uma discussão que se constrói em determinados espaços e em determinados períodos vai alcançar diferentes traços. Outros movimentos imprescindíveis são a negação das aparências e da imediaticidade dos fatos, para superá-los e construir uma nova realidade, e a observação das relações/forças contraditórias e antagônicas em luta que constituem a fonte do desenvolvimento da realidade (MINAYO, 2008; MARX, 1985; GIL, 2008).

Como forma de operacionalização do método, na perspectiva do processo formal e sistemático da pesquisa, este estudo se caracteriza como exploratório e também descritivo. Assim o descrevemos pelo intuito de “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias” proporcionando uma visão geral acerca de determinado fato. E, em consonância com os objetivos, descrevem-se as características de um determinado fenômeno (GIL, 2008, p. 27).

Sob esta orientação, elegeu-se a entrevista como técnica mais adequada para coleta de dados. Ela é uma privilegiada forma de

interação social e objetiva construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Sua utilização possibilita obter dados de diferentes aspectos da vida social, bem como informações em profundidade acerca do comportamento humano, podendo ser suscetíveis de classificação e quantificação. Pode ser considerada “conversa com finalidade” e é caracterizada pela sua forma de organização ou estruturação. São diversas as nomenclaturas utilizadas para denominá-la, contudo, dentro da proposta que se segue, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. O roteiro seguido para esta pesquisa (Apêndice A) seguiu a investigação proposta e, como se buscou informações construídas no diálogo e nas reflexões produzidas pelo sujeito entrevistado, ao roteiro foram incorporadas novas indagações com a finalidade de alcançar novas contribuições (MINAYO, 2008a, p. 64; GIL, 2008). Os novos questionamentos, desdobrados a partir dos relatos, ajudaram a qualificar a identificação das determinações para a questão do acesso e de elementos importantes para se compreender a relação dos usuários com os serviços de saúde.

Como não é possível abranger o universo dos usuários que realizaram cirurgia bariátrica, optou-se por um número inicial de pacientes a serem entrevistados. Como se trata de pesquisa qualitativa, que conforme Minayo (2008a, p. 48) deve preocupar-se com as práticas, as atitudes, os conhecimentos dos sujeitos, mais do que com o número dos sujeitos em si, e, ainda, entendendo que seria difícil demarcar o número total de variáveis que representem as características desta totalidade, a inclusão destes ocorreu de forma progressiva. As entrevistas foram realizadas em duas instituições hospitalares de Florianópolis de grande porte, que são Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave credenciadas para realizar a cirurgia bariátrica: o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) e o Hospital Governador Celso Ramos (HGCR). Os dois hospitais mantêm distintas formas de conduzir as etapas pré-operatórias para realização da cirurgia. Optamos, portanto, em realizar o estudo em duas instituições, para que, desta forma, possamos ter acesso às possíveis relações e repercussões que esta diferença na organização acarreta aos usuários.

A perspectiva era de realizar inicialmente dez entrevistas, cinco com usuários e/ou familiares do HU/UFSC e outras cinco do HGCR. A inclusão do número de participantes foi interrompida por critério de

saturação, ou seja, “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”. Seguindo esta orientação, foram realizadas dezesseis entrevistas, oito em cada instituição, entre os meses de agosto e outubro de 2009, com duração média de 60 minutos. Ao final de cada entrevista, foi elaborado um relatório que propiciou, posteriormente, a elaboração do perfil das entrevistadas e a sistematização dos principais resultados, que estão contidos na quarta seção deste trabalho.

Os usuários e seus familiares foram abordados nas unidades de internação do HU/UFSC (Clínica Cirúrgica I) e do HGCR (Unidade de Cirurgia Geral), antes da cirurgia, ou em dia posterior a sua realização. Pessoas adultas e capazes foram convidadas neste ambiente pela pesquisadora a participar voluntariamente da pesquisa apresentando a justificativa, os objetivos e o procedimento que serão utilizados na pesquisa (a entrevista). Todo o processo foi orientado pelos termos da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos¹⁴.

Posterior à realização das entrevistas, coube realizar a análise e interpretação dos dados obtidos a fim de possibilitar o levantamento de respostas ao problema proposto e o alcance dos objetivos. Para Gil (2008), nos termos de Miles e Huberman (1994), a análise dos dados de uma pesquisa qualitativa segue três etapas: a) redução: processo de seleção e simplificação dos dados. Envolve a seleção, focalização, simplificação, abstração e transformação dos dados em sumários organizados de acordo com a discussão proposta. Nesta etapa ocorre a codificação das categorias, seu agrupamento e organização; b) apresentação: organização dos dados selecionados para permitir uma nova maneira de organizar e analisar as informações; c) conclusão/verificação: consiste na revisão dos dados. Neste momento os significados derivados dos dados precisam ser testados quanto à sua validade. É necessário que as conclusões obtidas sejam dignas de crédito. Aliada à fase de análise, deve ser feita a interpretação dos dados, que envolve a obtenção de um sentido mais amplo para os dados analisados, o que segundo Gil (2008) ocorre com a conexão com conhecimentos disponíveis, derivados de teorias. Pode-se falar que neste

¹⁴Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (354/2008) e do Hospital Governador Celso Ramos (2009/0007), conforme pareceres em anexo (Anexo A).

momento se descreve o movimento do real, que constitui o método de exposição que se propõe desenvolver.

Desta forma, considera-se que é possível a partir do serviço de cirurgia bariátrica responder a indagações sobre a realidade vivenciada pelos usuários e por sua família para efetivar o acesso; tarefa que, pelo número de procedimentos exigidos principalmente na fase pré-operatória, é considerada árdua.

Dada a complexidade dessa discussão, a sua problematização depende da revisão do debate que vem sendo apreendido e produzido no âmbito do Serviço Social, especialmente na compreensão dos direitos e das políticas sociais, bem como da Saúde Coletiva como área interdisciplinar que congrega diferentes abordagens acerca do tema. Já no que se refere à discussão da categoria acesso, apesar das publicações que abordam esta temática estarem inseridas no âmbito das ciências da saúde, procuramos resgatá-las tendo a preocupação de que este é um debate relevante no Serviço Social, que tem pautado seu trabalho no atendimento das necessidades humanas a partir da ótica dos direitos e da responsabilidade do Estado na garantia da proteção social. Tal discussão está disposta na segunda seção deste trabalho.

Na terceira seção, apresentaremos os aspectos sócio-históricos do direito a saúde no Brasil e a constituição do atual modelo de atenção. Apresentaremos o lócus da pesquisa e a contextualização do serviço de saúde estudado no sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a importância de investigar a inter-relação entre usuários, os serviços e demais sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde.

Com essa preocupação e com os aportes teórico e metodológico mencionados, serão apresentados na quinta seção as análises dos resultados dispostos na seção antecedente e que se desdobra em dois momentos: o primeiro apresenta a sistematização e a síntese das trajetórias das usuárias a partir da relação que estabelecem com os serviços e que distinguimos em duas fases. A relação com os serviços é marcada pela demora e pelo uso de recursos e estratégias que serviram para eleição de quatro eixos de discussão, que constitui o segundo momento da quinta seção. São eixos de discussão: o sistema e os serviços de saúde, trabalhadores da saúde e o autogoverno, famílias e provisão do bem-estar, clientelismo e acesso aos serviços.

Por último, apresentaremos algumas considerações finais de uma investigação que não ambiciona ser completa e exaustiva, mas que pretende contribuir para a promoção de alguns desvelamentos sobre um tema que é relevante aos assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde, visto que o acesso aos serviços é um componente fundamental do

direito social à medida que é possível garantir à população atenção necessária às suas necessidades, tal como aponta Pinheiro et al (2005), na busca de assegurar a vida no seu sentido mais amplo.

2 POLÍTICA SOCIAL E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 ESTADO, DIREITOS E POLÍTICAS SOCIAIS

O contexto histórico no qual foram constituídos os direitos é essencialmente contraditório e pressupõe maior poder do Estado no papel de mediador das relações entre capital e trabalho. O avanço da ordem econômica capitalista e o fortalecimento do Estado têm estreita relação. À medida que os progressos da moderna indústria desenvolviam, ampliavam e aprofundavam o antagonismo de classe, o poder do Estado adquiria mais o caráter de poder nacional do capital sobre o trabalho, de força pública organizada para reproduzir o despotismo de classe. As relações entre as classes condicionam a distribuição do poder político e a organização política. É assim que se pode atribuir o surgimento do Estado moderno como resposta à luta da burguesia contra o feudalismo e como comitê de gerência dos assuntos comuns da burguesia.

O racionalismo jurídico¹⁵ foi determinante para que o Estado moderno se assentasse a partir da Europa. As relações sociais estabelecidas após as revoluções burguesas exigiam um Estado que centralizasse o poder jurídico, o qual toma como características uma administração profissional exercida por funcionários assalariados e baseada no conceito de cidadania. A forma que vai assumindo também varia de acordo com as circunstâncias em que a burguesia foi ascendendo ao poder. Assim, o Estado-nação passa ser o espaço político e geográfico em que a cidadania será praticada. O discurso da cidadania desenvolveu-se a partir da ideia de que os sujeitos deixam de possuir apenas deveres, passando à possibilidade de serem titulares de direitos.

As diretrizes fundamentais do pensamento moderno sobre direito estão presentes principalmente na filosofia política dos séculos XVI, XVII e XVIII. As teses contratualistas e jusnaturalistas inauguraram o debate acerca do comportamento político, do acordo entre os indivíduos e o Estado e do estabelecimento de regras para organizar as relações em sociedade, com destaque para o exercício da liberdade. Destacamos três importantes autores que apresentaram sua produção dentro desta tese: Hobbes, Locke e Rousseau. São autores

¹⁵ Corresponde à necessidade de implantação de um novo sistema jurídico capaz de atender aos emergentes interesses nacionais. O sistema de direito compõe um quadro de diferentes fatores que contribuam para formação dos Estados na sua forma moderna.

clássicos que vão apresentar ideias e mediações necessárias para se pensar importantes questões do cenário atual, como a propriedade privada no Estado burguês neoliberal.

Para Hobbes (1588-1679), a igualdade não é um valor importante, pois os homens não podem possuir as mesmas coisas. O fim último do “contrato” que os homens estabelecem entre si é o cuidado com a própria conservação e com uma vida mais satisfeita. É o desejo de sair da guerra de todos contra todos. A liberdade está ligada aos direitos que são transferidos no momento de criação do Estado. Todo súdito tem liberdade em todas aquelas coisas cujo direito não pode ser transferido por um pacto (VIEIRA, 1997).

Locke (1632-1704) vai defender os direitos naturais de liberdade e propriedade. A individualidade e a sociabilidade são exigências morais, obrigações que a liberdade pode realizar. O indivíduo transfere ao Estado através do contrato o poder deliberativo (Locke é um defensor do poder legislativo) e o poder de punir os transgressores dos direitos naturais (VIEIRA, 1997).

Diferentemente de Hobbes e Locke, cujas produções estão mais ligadas aos princípios do liberalismo clássico, no qual a liberdade é a capacidade de satisfazer os próprios interesses individuais nos limites do respeito aos interesses igualmente individuais dos outros, Rousseau (1712-1778) propaga que a liberdade vai adquirir uma dimensão mais social e histórica. Nos termos de Coutinho (1996, p. 12), a liberdade rousseauiana “atualiza-se através da práxis social, manifestando-se mais como um ‘processo’ do que como um ‘estado’”. Na perspectiva do liberalismo burguês, o autor vai analisar o caráter contraditório do progresso: o progresso que é portador de uma nova civilização é também portador de desigualdades. Segundo Vieira (1997), para Rousseau a origem da sociedade política e das leis deu mais força ao rico e criou mais dificuldades ao pobre. Destruíu a liberdade natural e instituiu definitivamente a propriedade privada e, com ela, a desigualdade. O contrato social que propõe tem como objetivo tornar o homem e a sociedade mais felizes. É baseado em importantes conceitos, como vontade geral (interesse comum), democracia, justiça e cidadania.

O Estado moderno, então, centrado nas mãos de uma classe dirigente burguesa, vai se responsabilizar inicialmente pelo tratamento igualitário na forma da lei, pela liberdade individual e pela propriedade, disposições que evoluem principalmente quando começam a ser dispostas nas declarações e legislações nacionais. De acordo com Dahrendorf (1992), estes eram os chamados direitos civis, ou cidadania

civil. Eles incluem os elementos básicos do governo da lei, igualdade perante esta e o devido processo.

Nesta direção, nos diferentes Estados, a formação dos ordenamentos jurídicos passou a ter grande importância. A dimensão da cidadania, segundo Andrade (1993), vai tendo seu conteúdo paulatinamente e conflitantemente ampliado para incorporar direitos políticos, econômicos, sociais e culturais, especialmente na expansão e complexificação das sociedades a partir do século XIX.

Os direitos políticos emergem do questionamento do controle do Estado aos meios de organização política. A igualdade perante a lei e a representação política poderiam então ser satisfeitas mediante provisões jurídicas e administrativas. Assim, a conquista foi representada pela possibilidade de voto e eleição de representantes, posteriormente pela possibilidade de ser votado. Conforme Nogueira (2002, p. 73), a construção do direito político inicia no século XIX e se consolida, efetivamente, com o aparecimento de uma classe social capaz e preparada para lutar por sua garantia na estrutura social. O intenso processo de urbanização daquele período favoreceu o surgimento dos partidos de massa, que tensionaram fortemente a ampliação dos direitos políticos. “A via democrática fornece a necessária legitimidade ao Estado de direito, sendo considerado o ‘povo’ como a fonte última de autoridade, exercida através do voto, da instituição de partidos políticos, da regra da maioria e de eleições gerais”.

Os direitos civis e políticos compõem o que Bobbio¹⁶ (1992) denomina de direitos de primeira geração. Eles tornaram-se sustentáculo para a progressiva ampliação do *status* de cidadania, pois a participação política no Estado esteve intimamente relacionada com o reconhecimento positivo/constitucional/legal dos direitos de liberdades.

A clara contradição existente entre a realidade na qual vivia a classe trabalhadora, que se encontrava em franca oposição ao preconizado nas declarações, e a fundamentação dos direitos provocou vários questionamentos à concepção de homem nelas contidas. Constatando o vazio de significado no plano real, reclamavam-se direitos coerentes com o homem concreto, histórico e socialmente determinado pela sua origem de classe, religião, cultura (BUSSINGER, 1997).

¹⁶ Para Bobbio (1992), os direitos são constituídos historicamente, nascem nas lutas, de modo gradual, a partir do aumento do poder do homem sobre o homem para impedir malefícios ou obter benefícios.

Saudados como fundamentais para a efetivação dos direitos civis e políticos, os direitos sociais, ou socioeconômicos, são alcançados mais precisamente no século XX. Estão associados aos carecimentos humanos (saúde, educação, trabalho, moradia etc.) e se estabelecem a partir de lutas travadas pela classe trabalhadora no interior do Estado capitalista.

A generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais vão promover o alargamento da base de sustentação e legitimação sociopolítica do Estado, principalmente quando do desenvolvimento das forças monopolistas do capital. Isso lhe permite organizar um “consenso” com a classe trabalhadora que assegura o seu desempenho e cria condições para que o Estado, capturado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, seja permeável às suas demandas. Desta forma, podem fazer incidir seus interesses e suas reivindicações imediatos (NETTO, 1999).

O Estado vê-se obrigado, pelo poder de pressão das classes subalternas, a incorporar, ainda que subordinadamente, alguns de seus interesses, desde que não afetem aqueles da classe capitalista em sua totalidade, dentro de um “pacto de dominação”¹⁷. Com relação aos direitos socioeconômicos, como as garantias legais não significam sua garantia efetiva, é a política social que passa a ser o principal instrumento de sua materialização. A população-alvo das políticas sociais corresponde à força de trabalho para o capital, “nas melhores condições possíveis de acordo com a correlação de forças sociais”. (IAMAMOTO e CARVALHO, 1985; FALEIROS, 1980, p. 65).

A partir de uma leitura gramsciana, pode-se afirmar que a burguesia passou a recompor sua hegemonia, ou seja, alterou a capacidade de estabelecer e preservar sua liderança intelectual e moral (mais para dirigir do que para obrigar). Nessa direção, o Estado, de simples instrumento de coerção, pode ser interpretado “como sistema de instrumentos de produção de liderança intelectual e de consenso”¹⁸. O

¹⁷ Neste contexto, conforme Iamamoto e Carvalho (1985, p. 82), estão contidas as fontes de legitimação do Serviço Social como profissão inserida na divisão social do trabalho. Como afirmam os autores, o processo de institucionalização do Serviço Social “encontra-se estreitamente vinculado ao crescimento das grandes instituições de prestação de serviços sociais e assistenciais, geridas ou subsidiadas pelo Estado, que viabilizam a expansão do mercado de trabalho para estes trabalhadores especializados”.

¹⁸ A nova morfologia da hegemonia burguesa com o capital monopolista representou um desafio ao pensamento revolucionário da época. Em Gramsci, conforme Simionatto (1999, p. 64, 69), é possível alcançar um sistema conceitual que apreenda esta nova realidade, incluindo visualizar a ampliação do fenômeno estatal. No que se refere à sociedade capitalista moderna, “o Estado se ampliou e os problemas relativos ao poder se complexificaram na trama da

Estado “se amplia” na medida em que passa a ser atravessado pela sociedade civil. Com o aumento da socialização da política, é preciso cada vez mais governar com o consenso ativo dos governados, com aliança entre sujeitos coletivos (sindicatos, partidos, movimentos sociais...), com regras e valores compartilhados. Logo, as próprias instituições são portadoras materiais das relações sociais de hegemonia (representam a construção de consensos dentro de forças que têm projetos comuns). A política social é, portanto, determinada não só pelas transformações engendradas pelo capitalismo, como tem estreita relação com a dinâmica das lutas sociais que se expressaram nos processos de ampliação dos direitos de cidadania (ACANDA, 2006, p. 173; COUTINHO, 1999; PAIVA, 2003).

Para Yamamoto e Carvalho (1985, p. 91), a incorporação dos direitos sociais à noção de cidadania merece uma ressalva no que se refere à continuidade da sociedade do capital: o discurso da igualdade e a realização da desigualdade.

Em outros termos, a noção de cidadania e da igualdade que lhe acompanha, de igual participação de todos os indivíduos na sociedade, tem como contrapartida as classes sociais em confronto, que convivem numa relação desigual, tanto econômica quanto política. Uma é condição de existência da outra, embora se neguem mutuamente: a igualdade e a desigualdade, a cidadania e as classes sociais, como polos da mesma moeda. E os “direitos sociais” têm por justificativa a cidadania, embora seu fundamento seja a desigualdade de classes.

Para Nogueira (2002, p. 29), a ampliação da ação estatal através das políticas sociais ocorreu de forma diferenciada nos países de economias capitalistas em decorrência das múltiplas configurações que tomaram as relações entre o Estado e a sociedade civil. Porém “identifica-se um traço comum, que pode ser percebido na aceitação, por parte dos trabalhadores, da apropriação privada dos meios e resultados da produção e, por parte dos detentores do capital, que concordaram

sociedade, fazendo emergir uma nova esfera social que é a sociedade civil”. Assim, resumidamente, o Estado é a expressão da sociedade política (aparelhos burocráticos e repressivos) e da sociedade civil (aparelhos privados de hegemonia). “O Estado pode assegurar a ordem pela força, mas pode também recorrer aos aparelhos da sociedade civil para obter o consenso em torno de seus atos”.

com uma maior partilha de renda e recursos obtidos”. Assim, cabe ao Estado assumir a função regulatória e o controle desse pacto.

Nessa direção, segundo a autora, houve um período de redução dos conflitos entre o capital e o trabalho. O Estado de meados do século XX, dentro do mesmo projeto, visando à manutenção de sua legitimidade e hegemonia, viu-se obrigado a intervir cada vez mais nos processos de produção e reprodução da vida social, incorporando as demandas e necessidades dos sujeitos políticos.

As políticas sociais, particularmente nos países capitalistas europeus, sustentaram dois “modelos”, como afirmam Boschetti e Salvador (2006). O Brasil absorveu essa tendência. Os modelos citados são o bismarckiano, que teve origem na Alemanha, no final do século XIX, com Otton Von Bismarck, pela necessidade de assegurar renda aos trabalhadores em momento de risco social decorrente da ausência de trabalho. É o sistema de seguros sociais, garantidos mediante contribuição direta anterior.

O segundo modelo segue o Plano Beveridge, sob influência das proposições do economista John Keynes, e foi o precursor de uma nova concepção de seguridade social. Ele contém considerações sobre o sistema britânico de segurança social e informa que essa política somente existe quando associada à política de pleno emprego. Foi implantado na Inglaterra em 1946, orientada por dois princípios: unidade (unificação das instâncias de prestação e gestão de serviços sociais, assim como sua homogeneização) e universalidade (a inclusão de todos os indivíduos e de proteção a todas as necessidades). As ideias e os princípios deste plano se propagaram nos anos 1940 e 1950 por todo o mundo nos moldes do *Welfare State*, sendo incorporados nas cartas constitucionais, como aconteceu na Alemanha.

Num contexto de necessárias reformas fundamentais em consequência da crise socioeconômica, neste caso em especial com fim a Segunda Guerra Mundial, criaram-se condições para a implantação do chamado Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State*. Este se revelou novidade ao estabelecer outros patamares para a relação entre Estado, sociedade e mercado: formam-se novas bases políticas, econômicas e ideológicas que se expressam na redefinição do papel do Estado, que assume o provimento público do bem-estar. Era a dinamização da função pública de compatibilizar democracia e economia de mercado (DRAIBE, 1998).

No entanto, o surgimento do Estado de Bem-Estar a partir dos supostos do economista John Keynes, um social-democrata, não emergiu sem uma corrente opositora. O princípio keynesiano – de

intervenção do Estado na economia por meio de investimentos e endividamentos para distribuição da renda e diminuição das desigualdades sociais – encontrou oposição no grupo de outro economista, Friedrich Hayek. O grupo afirmava que esse tipo de Estado destruía a liberdade dos cidadãos e a competição, elementos essenciais para a prosperidade da sociedade capitalista. Tais ideias permaneceram como letra morta até a década de 1970, enquanto o *Welfare State* por cerca de 30 anos ofereceu ao sistema condições necessárias para sua adequada reprodução (CHAUÍ, 1999).

Existem diversos e divergentes enfoques sobre a natureza e/ou finalidade do *Welfare State* no mundo. De acordo com Draibe (1988, p. 27), por *Welfare State* pode-se entender, no âmbito do Estado capitalista, “uma forma particular de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico”. São as transformações que se seguem no cenário internacional que, no decorrer de trinta “anos gloriosos”, deram conta de beneficiar a acumulação capitalista, num grande movimento de crescimento econômico, e também se expressaram na emergência de sistemas nacionais públicos ou regulados pelo Estado de educação, saúde, previdência, transferência de renda, habitação, que especialmente com as políticas de emprego e salário afetaram a vida do trabalhador promovendo seu bem-estar.

O debate sobre o surgimento, a consolidação e a crise do *Welfare State* foi organizado e desenvolvido, nas últimas duas décadas, por autores que utilizaram referências e perspectivas diferenciadas. No âmbito desta discussão, Vianna (1998) resgata as contribuições de dois autores: Gough e Mishra, que, no estudo do desenvolvimento do *Welfare State*, destacam as principais correntes que discutem essa temática. Para Gough, três grupos de teorias predominam:

- a) teorias funcionalistas: explicações baseadas no conceito de cidadania e que entendem a política social como decorrência inevitável da industrialização;
- b) teorias econômicas sobre as políticas governamentais: integradas pelas aplicações da *welfare economics* e pelos estudos macroeconômicos sobre gastos públicos;
- c) teorias pluralistas, derivadas da sociologia, da economia e da ciência política: incluiriam os “estudos de caso” sobre políticas públicas na área social que adotam supostos pluralistas.

Mishra aponta cinco perspectivas teóricas no campo das políticas sociais:

- a) Teoria da cidadania: parte de Marshall, que examina a cidadania como um conjunto de direitos: civis, políticos e sociais;
- b) Teoria da convergência: constitui-se nos trabalhos de autores como Galbraith, Pryor e Wilensky;
- c) Funcionalismo: em que o *Welfare State* tem como cerne a cooperação e a fraternidade;
- d) Marxismo: no qual a coerção e o conflito definiriam a sociedade capitalista;
- e) Teoria do Serviço Social: estudo sistemático dos problemas sociais singulares e de suas soluções por reformas localizadas.

Vianna (1998) resgata, ainda, a discussão promovida por Draibe e Aureliano (1989), que, segundo a autora, resumem as principais hipóteses encontradas a respeito da origem e do desenvolvimento do *Welfare State*:

- a) os sistemas de seguridade social foram introduzidos no mundo contemporâneo em função dos níveis de industrialização e urbanização alcançados por diversos países. A expansão da proteção pública ocorre na medida em que as situações de risco originadas se generalizam;
- b) outra hipótese associa a emergência das políticas sociais às exigências do capitalismo: o *Welfare State* se desenvolve por conta dos efeitos negativos do processo produtivo socializando os custos de reprodução da força de trabalho;
- c) no terceiro conjunto de variáveis, dois blocos de interpretações aparecem:
 - a. as pressões “de baixo” constituem fator determinante: os sistemas de proteção social decorrem da universalização do voto ou da mobilização e organização operária;
 - b. o comportamento das elites: a baixa legitimidade democrática do regime leva os dirigentes a adotarem medidas de proteção social em resposta à mobilização operária ou como prevenção à sua mobilização;
- d) a força política e organizacional da classe operária induz ao alargamento da proteção. Em contrapartida, aumenta o controle exercido pelos aparelhos burocráticos sobre os trabalhadores.

Offe (1994, 1989, 1984 *apud* NOGUEIRA, 2002) afirma que o Estado de Bem-Estar serviu como a principal fórmula pacificadora das democracias capitalistas desenvolvidas no período pós-guerra ao limitar o conflito de classe pela intervenção na assimétrica relação de poder entre trabalho e capital. Caso o conflito não fosse resolvido por meios

pacíficos, haveria riscos de que o sistema sofresse uma paralisação. Este era o risco iminente que sofria o capitalismo liberal antes da implementação do Estado de Bem-Estar.

Há uma concordância na consolidação de um chamado Estado de Bem-Estar, que se constituiu em um elemento estrutural do capitalismo contemporâneo e significou mais do que um incremento nas políticas sociais. Para Esping-Andersen (1995), representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política do mundo capitalista pós-guerra e uma prevenção à possível ampliação de projeto comunista ou fascista: economicamente representou o abandono da ortodoxia da lógica do mercado. Moralmente, significou a defesa das ideias de justiça social, solidariedade e universalismo. E, no plano político, o *Welfare State* constituiu parte de um projeto de construção e integração nacional da democracia liberal marcando uma reação às ditaduras fascista e bolchevista.

Não demorou muito, cerca de 30 anos, para que, com o fim das economias socialistas e da crise fiscal atribuída ao Estado de Bem-Estar Social – que envolveu grande parte das economias capitalistas desenvolvidas –, houvesse uma retomada do pensamento liberal. Na opinião de Nogueira (2002, p. 65-66), consolidou-se na década de 1970 a ideia do Estado Mínimo com propostas de maior liberdade econômica, de flexibilização da legislação trabalhista e de redução de impostos. Estas propostas complementam-se, na esfera sociopolítica, com a redução do sistema previdenciário e dos serviços sociais. São alterações jurídico-formais nas mais diversas áreas que reduzem o papel do Estado nos mecanismos de proteção social, alargando as fronteiras do espaço privado.

Behring (1998, p. 165) sistematiza a discussão sobre a relação entre a política social e a crise do capitalismo contemporâneo a partir da categoria “capitalismo tardio”¹⁹, de Mandel, (1978) e afirma que, em cada período da história do capitalismo (concorrencial, imperialismo clássico e capitalismo tardio), é possível identificar que, no final de ondas de crescimento depressivo, se multiplicam as políticas sociais e se inicia um período de expansão. Para a autora, “Mandel sinaliza que tais

¹⁹ Conforme Behring (1998, p. 163), “a categoria capitalismo tardio, na perspectiva mandeliana, afigurou-se como a mais completa e, sobretudo, metodologicamente adequada (Lukács, 1989) para uma interpretação das tendências de crise do capitalismo em curso a partir de fins da década de 70”. Refere-se ao desenvolvimento maduro do capitalismo, uma forma pura em que se estabelece uma prodigiosa expansão do capital aos setores que ainda não tinham se convertido em mercadorias. Este é o momento em que suas contradições tornam-se gritantes.

medidas, visando amortecer as crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo, intrínsecas ao movimento de produção e reprodução do capital onde se incluem as políticas sociais, tiveram, no máximo, a capacidade de reduzir a crise às condições de uma recessão”.

Ao participar do controle do ciclo do capital, a política social responde à pressão do movimento operário em torno do sentimento de “insegurança de existência” levando ao princípio da “segurança social”, “a partir do qual os assalariados deveriam ter cobertura contra toda perda de salário corrente”. Neste processo, pode-se afirmar que o regime capitalista, através da política social, nunca efetuou uma verdadeira redistribuição do rendimento nacional, pois tais sistemas nunca foram financiados com o imposto sobre o lucro. O financiamento das políticas sociais se dá pela taxação dos trabalhadores (BEHRING, 1998, p. 167).

É no fim da década de 1960 que começam a se manifestar os limites estruturais da estratégia keynesiana no contexto de um novo período depressivo. Figuram como importantes elementos a busca de superlucros associada a uma revolução tecnológica que se impõe permanente, a ampliação da capacidade de resistência do movimento operário e a intensificação do processo de monopolização do capital (BEHRING, 1998).

O custo da estratégia keynesiana foi o “mar de dívidas” (públicas e privadas), a “crise fiscal” (O’Connor, 1977) e a “inflação permanente” (Aglietta, 1991), aprofundando-se as contradições fundantes do capitalismo. As despesas de manutenção da regulação do mercado colocam também em crise a política social. Contudo, a política social não é uma estratégia exclusivamente econômica, mas também política, no sentido da legitimação e controle dos trabalhadores, fato do qual decorre um “crise de legitimação política articulada à queda dos gastos na área social”. (BEHRING, 1998, p. 169).

Para Netto (1999), a constituição do *Welfare State* parecia remeter para o passado a questão social e suas manifestações. Mas, como o capital não tem nenhum compromisso social, a sociedade capitalista encontrou na globalização um de seus mecanismos de reafirmação. Surge um movimento de despatriação, fundado no fortalecimento do capital financeiro, que gera uma fantástica concentração de poder e de lucro por meio de atividades especulativas.

A globalização que prevalece no mundo tem regulação neoliberal e supõe a quebra do Estado-nação. O Estado deve ser mínimo, ou seja, deve ser flexível deixando por conta do mercado, da competição privada a condução da economia e da sociedade.

No bojo das contradições próprias da sociedade capitalista, as considerações acerca dos direitos atualmente se assentam na perspectiva das necessidades humanas. Lima (2006, p. 78) evoca uma análise de Pisón (1998, p. 159) para afirmar que se vive hoje uma fase histórica da proteção social na qual a referência às necessidades humanas integra um critério importante na tomada de decisões políticas, econômicas, culturais, ideológicas e jurídicas. Sua atualidade refere-se à justificação da prática política e à fundamentação dos direitos socioeconômicos, ou seja, “necesidad y bienestar están indisolublemente ligadas en el discurso político y moral y, especialmente, en la práctica ordinaria de gobierno. No hay servicios sociales sin la delimitación de aquellas necesidades que hay que satisfacer”.

Segundo Pereira (2006), as necessidades humanas²⁰ são fenômenos objetivos. A partir do denso estudo realizado por Len Doyal e Ian Gough, a autora vai defender uma especificação teórica das necessidades humanas básicas, diferenciando-a de concepções prévias, como as naturalistas, as relativistas e as culturalistas. A distinção-chave destas perspectivas para a teoria destes autores é de que todos os seres humanos a qualquer tempo, lugar e cultura têm necessidades básicas comuns, e que o não atendimento adequado destas necessidades implica a ocorrência de sérios prejuízos à vida material dos homens e a sua atuação como sujeitos.

Os sérios prejuízos a que faz referência são “os impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de ‘viver’ física e socialmente em condições de poder expressar sua capacidade de participação ativa e crítica”. A vontade e cultura não são condições que cheguem a inibir a incidência dos danos. Assim, as necessidades básicas são objetivas e universais porque independem de preferências individuais e porque os prejuízos (concebidos) são os mesmos para todos os indivíduos, em qualquer cultura (PEREIRA, 2006, p. 67).

Com base nessas premissas, para Pereira (2006) existem dois conjuntos de necessidades humanas básicas: a saúde física e a autonomia. Tais necessidades constituem-se precondições para se

²⁰ Pereira (2006) utiliza o termo “necessidades humanas” como sinônimo de “necessidades sociais”, pois, para a autora, não se pode conceber o aspecto humano dissociado do social.

alcançarem objetivos universais de participação social, com vista à libertação humana de formas de opressão incluindo a pobreza. A saúde física é, segundo a autora, basicamente uma necessidade natural, enquanto a autonomia refere-se à capacidade de o indivíduo eleger objetivos e crenças, valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões.

Existem necessidades intermediárias que são listadas pela autora, como alimentação, habitação, segurança física e econômica. Contudo, da referência ao trabalho de Pereira (2006), é importante destacar a possibilidade que, segundo ela, existe quando as classes econômica e socialmente desfavorecidas transformam suas necessidades em questões e fazem incluí-las na agenda política vigente.

Pereira (2006, p. 27) afirma que ainda se sobressai, no contexto das políticas sociais, a ideia da satisfação dos mínimos sociais, especialmente com o retorno do ideário liberal. As políticas sociais estão nos limites das soluções reformistas, nos moldes do que hoje se atribui às mal denominadas políticas de "inclusão social" (PAIVA e OURIQUES, 2006). Para Vieira (2004, p. 20-59), as necessidades humanas expandem-se e reproduzem-se, mas "sem justiça e sem direitos, a política social não passa de ação técnica, de medida burocrática, de mobilização controlada ou de controle da política, quando consegue traduzir-se nisto." Constata-se, segundo ele, a existência de direitos humanos, valores partilhados, convenções internacionais e coisas semelhantes; no entanto, os indivíduos têm dificuldades de agir sobre o governo. "A verdade é que se trocou a soberania do cidadão pela soberania do consumidor, a participação na política pela participação no mercado, porque eleições periódicas e partidos variados não geram automaticamente cidadania política, e a luta não se trava somente entre populismo e tecnocracia [...], trava-se por muito mais do que imagina a vã filosofia".

Apesar de partir do suposto de que a natureza das políticas sociais está na sua funcionalidade à ordem capitalista, é possível resgatar, como lembra Paiva (2003, p. 42), que elas são portadoras de um potencial estratégico. A política social não supera uma das principais determinações da manutenção do sistema capitalista, a propriedade – que é onde se assenta a dinâmica de exploração desta ordem, ou seja, na reprodução das relações. "Embora incapazes de portar por si sós a envergadura necessária para processar a ultrapassagem do estatuto da propriedade privada, revelam-se como mediações basilares para a luta,

no âmbito do reconhecimento progressivo dos direitos sociais dos trabalhadores”.

De Paiva (2003 p. 43), pode-se ainda destacar que a luta pela política social não é semelhante à luta pela transformação socialista. A defesa da luta política e social no interior do sistema de proteção da cidadania não é, segundo aponta, idêntica “nem à transformação socialista da sociedade nem à alegada humanização do capitalismo perante a intervenção progressista do Estado”. Pelo contrário, “inscrever os interesses das classes subalternas no campo das políticas sociais requer, pois, sua fixação à totalidade social, a partir da contradição central capital/trabalho, e reconhecê-lo como espaço em que se disputam, e não se anulam, projetos societários antagônicos”. Na perspectiva da satisfação das necessidades humanas, Lima (2006, p. 88) vai afirmar que esta concepção “depara-se com limitações na sociedade capitalista atual, mas não deixa de ser um horizonte paradigmático que, ao ser seguido, pode criar condições objetivas para a realização da participação e da liberdade humanas associadas a níveis cada vez mais próximos de igualdade”.

2.2 CRISE CAPITALISTA E REPERCUSSÕES NO CAMPO DA POLÍTICA SOCIAL

Tomando como base essas breves considerações acerca da emergência das políticas sociais e da organização dos sistemas de proteção social – produtos da ampliação das tarefas estatais perante as contradições do capitalismo e da luta de classes –, podemos então recuperar discussões sobre os produtos da crise que assola o capital a partir da década de 1970 e suas repercussões no campo das políticas sociais públicas. As repercussões demonstram o quanto as políticas sociais estão “organizadas de acordo com as exigências de acumulação ampliada do capital, num movimento forjado para aglutinar os reclames específicos, postos pela dinâmica da economia de mercado, e as demandas típicas do projeto de dominação político-ideológica da ordem burguesa”. (PAIVA, 2003, p. 50).

Na propalada crise, as variáveis econômicas se encontram, segundo Adelantado e Gomà (2000, p. 73), no núcleo de um ciclo de crises que levam ao esgotamento do modelo social-keynesiano:

- a) El agotamiento del modelo tecnológico vigente, apoyado por la estructura monopolista y la estandarización productiva

- de los sectores más innovadores de las primeras décadas del fordismo.
- b) La ruptura del esquema de provisión y consumo energético, impulsado por el impacto directo y sostenido del incremento de los precios del petróleo.
 - c) La quiebra del modelo laboral fordista, en su dimensión técnica del trabajo, dada la extrema rigidez en la definición de tareas y el alto grado de especialización funcional.

É neste contexto que o grupo de Hayek passou a ser ouvido para explicar a crise e para propor “remédios”. A crise, como afirmavam, “fora causada pelo poder excessivo dos sindicatos e dos movimentos operários que haviam pressionado por aumentos salariais e exigido o aumento dos encargos sociais do Estado”. Os níveis de lucro das empresas foram destruídos e desencadeou-se um processo inflacionário incontrolável. Como soluções, apresentaram quatro fortes recomendações ao Estado: que fosse forte para quebrar o poder dos sindicatos, controlar os dinheiros públicos e cortar encargos sociais e investimentos; que buscasse alcançar a estabilidade monetária, contendo gastos sociais e reestruturando um exército industrial de reserva; que realizasse uma reforma fiscal para incentivar investimentos privados, reduzindo impostos sobre o capital e sobretaxando os impostos sobre a renda individual; um Estado que se afastasse da regulação da economia (CHAUÍ, 1999, p. 28).

Cartaxo (2003, p. 99), ao resgatar a literatura sobre a reestruturação do Estado de Bem-Estar Social, vai apontar para a existência de duas correntes de ideias. A primeira é a corrente liberal-conservadora, que enfatiza a crise do ponto de vista do próprio Estado de Bem-Estar caracterizando-a como uma crise fiscal desse Estado, em razão do aumento das suas despesas em relação ao Produto Interno Bruto. A segunda é a chamada corrente social-democrata reformista, “que advoga pela permanência do Estado de Bem-Estar ou pelo modelo pluralista”, em que o Estado, o voluntariado, os setores informal e comercial constituiriam um modelo misto para atuação sobre o social.

Contudo, o debate após o total esgotamento das possibilidades de manutenção do projeto keynesiano acabou balizando-se, conforme Nogueira (2002), “entre a ideia de um ‘Estado mínimo’ – que não crie nenhum embaraço ao mercado – e de um ‘Estado forte’ – que saiba atuar no mundo globalizado minimizando seus conflitos, inclusive a exclusão social”.

Assim, desde 1985 e mais intensamente na década de 1990, conforme Adelantado e Gomà (2000), implanta-se um ciclo de reestruturação que afeta diferentes esferas da realidade social: sociocultural, através da multiplicidade de desigualdades sociais e novos espaços de exclusão; econômico-trabalhista, que trata da organização da economia de caráter global e flexível, sobretudo no que se refere à organização do trabalho; familiar e de gênero, em que se são firmadas novas relações entre o trabalho, a família e seus membros (homens e mulheres); simbólico-cultural, com a difusão de valores e identidades pós-materialistas; e, finalmente, a dimensão territorial, em que emergem novas articulações do tipo local-global. A reestruturação das políticas sociais no âmbito do *Welfare State* tem como marco de análise estes novos cenários.

Na prática, a solução proposta para a crise do Estado de Bem-Estar Social resultou na retomada do pensamento liberal: do indivíduo como ser soberano, do mercado como supremo regulador das relações, especialmente as socioeconômicas, do “Estado ausenteísta” com prioridades na reprodução do capital com a aplicação de políticas neoliberais.

Dos encaminhamentos realizados para a superação da crise, as incertezas sobrepujaram os resultados positivos. Para reversão dos desfavoráveis indicadores econômicos, desencadearam-se medidas, como privatizações, alterações nos sistemas de bem-estar social, formações dos blocos econômicos transnacionais, transformações nas modalidades de produção (difusão da microeletrônica e de sistemas computacionais) e processos de desregulamentação das estruturas financeiras e comerciais. A partir dessas e de outras medidas, foi possível alcançar a valorização do capital, em especial a circulação de fluxos globais especulativos de curto prazo (NOGUEIRA, 2002; PAIVA, 2003).

Assiste-se, à medida que a produção de riqueza se dinamiza em um ciclo expansivo, à pauperização das massas trabalhadoras. “Tal virtuosismo não se fez acompanhar de medidas redistributivas em termos de um acesso socialmente justo, para os cidadãos, de provimento de seus direitos e necessidades sociais básicas”. As formas de pobreza são agravadas pelo desmonte dos sistemas de proteção social (PAIVA, 2003, p. 59).

É certo que o sistema de proteção social, na América Latina, não se constituiu em um *Welfare State* em seus moldes clássicos. Nas suas origens, havia uma inspiração que se voltava aos valores de solidariedade e coesão social. Nessa direção, as propostas construídas

em diferentes países da região ganharam um cunho mais corporativista-meritocrático, ou seja, voltadas para os segmentos formais da economia, em que perdurou a cobertura restrita, da qual os pobres sempre foram excluídos em razão dos seus vínculos instáveis e precários com o mercado de trabalho (LAVINAS, 2007).

Requena (2006, p. 90) aponta que, nos países latino-americanos, o desenvolvimento de regimes de bem-estar esteve vinculado ao processo industrialização, que ocupou a mão de obra proveniente do campo, sob relações de assalariamento, principalmente nos espaços urbanizados. Assim, “la expansión del trabajo asalariado se convertiría en el núcleo central a partir del cual se tejieron un conjunto de derechos para la naciente fuerza laboral: negociación colectiva, sindicalización, seguridad social, etcétera”.

Desta forma, os desdobramentos do chamado “*neo-laissez-faire*” e seus mecanismos de transformação chegaram e contaminaram rapidamente as economias dos países da região, em função da peculiar formação socioeconômica²¹, na qual os trabalhadores em raros momentos constituíram grupos de pressão. Sem posição sócio-ocupacional definida, “as camadas pobres da população jamais foram sistemática e regularmente beneficiadas, seu atendimento se justificando como um ato humanitário ou moeda política”. Na América Latina, as contradições da sociedade capitalista de classes apresentam-se em escala ampliada, o que representa obstáculos e desafios ímpares para luta pelos direitos sociais e sua tradução em termos de políticas públicas (LAVINAS, 2007, p. 2; PAIVA e OURIQUES, 2006).

As medidas foram incisivas e implementadas em maioria, conforme recebidas as orientações externas. Para Paiva (2003, p. 65), as mudanças trouxeram retorno lucrativo em curto prazo, dentro das condições ótimas de acumulação do capital. Contudo, foram produtoras de graves repercussões no campo do social. Contrastando com a configuração da proteção social da América Latina, que se organiza historicamente a partir do trabalho assalariado regulado, o desemprego

²¹ Para Marini (2000), desde o início da industrialização latino-americana, acontece uma nova divisão internacional do trabalho: as etapas inferiores da produção industrial são transferidas aos países dependentes (como a siderurgia), cabendo aos centros imperialistas as etapas mais avançadas (com a indústria eletrônica, informática, entre outras) e sua monopolização. Além disso, a superexploração do trabalhador latino-americano é a essência de uma relação de dependência. Nesta relação, o grau de exploração do trabalho vai determinar o aumento da cota de mais-valia através do aumento do tempo de trabalho excedente. Além disso, a produção barateada na América Latina vai alimentar a expansão quantitativa da produção capitalista dos países mais industrializados e contribuir para que superem obstáculos que o caráter contraditório da acumulação de capital cria para essa expansão.

estrutural foi uma das primeiras respostas à adesão ao projeto neoliberal. Como aponta a autora, a desocupação definitiva é acompanhada do desaparecimento das formas tradicionais de trabalho. Para ela, são produtos dos vinte anos de neoliberalismo, de implementação das medidas voltadas ao capital financeiro e desmonte dos mecanismos de regulação do trabalho e dos direitos:

uma acelerada distribuição regressiva da riqueza, na forma de especulação e de hiperconcentração do capital financeiro especulativo. De um lado, como produto direto da destruição de milhões de postos de trabalho industrial, com aumento exponencial do desemprego, da retração dos salários e das medidas fiscais regressivas, tem-se o agravamento da pobreza, com o empobrecimento crescente de novos contingentes populacionais; mas de outro lado, tais medidas apenas evitam, e prazo ainda desconhecido, uma derrocagem sistêmica desse modelo de acumulação que tem se mostrado cada vez mais como socialmente insustentável.

Frente à incorporação dos parâmetros de reestruturação econômica houve, conforme Lopes (1994), uma inflexão nos diagnósticos e recomendações externas no âmbito das políticas sociais. A reestruturação das políticas sociais foi organizada a partir das recomendações das agências multilaterais que seguem a pauta neoliberal. O autor vai apresentar três ideias-força do debate produzido pelos organismos, que se estruturam a partir da revisão do papel do Estado e da sociedade e o seu ordenamento dentro do aparato público. São elas: a urgência de uma estratégia global de desenvolvimento, alicerçada na capacidade competitiva dinâmica das economias os países latino-americanos; a necessidade de conciliar crescimento econômico com maior equidade social; e a reestruturação dos serviços sociais visando aumentar a eficácia e melhorar sua qualidade.

Neste mesmo texto, o autor vai informar quais são os elementos básicos da política de ajuste²², e que especificamente quanto às políticas sociais as principais propostas são:

²² Neste ponto destaca o autor a “contenção da demanda pela redução dos gastos públicos; realocação dos recursos visando aumentar as exportações; e reformas nas políticas destinadas a aumentar a eficiência de longo prazo do sistema econômico”. (LOPES, 1994, p. 32).

- a) contribuição para solucionar a crise fiscal do Estado por meio das políticas sociais;
- b) concentração do gasto público social nos grupos mais vulneráveis através de políticas de focalização;
- c) restrição da ação do Estado na política social;
- d) avaliação conceitual negativa da universalidade de serviços e crítica às políticas de corte universal por seus problemas e fracassos, também seu desmantelamento;
- e) privatização da política social, segundo condições nacionais e setoriais;
- f) confiança na distribuição primária de renda e na elevação de vida pela reativação econômica; assim, os grupos não focalizados alcançariam capacidade financeira para comprar os serviços privados.

A política social, “como mecanismo que socializa os custos da reprodução da força de trabalho para o conjunto da sociedade”, é necessária tanto no cenário do acirramento da luta de classes, quanto para a expansão da extração da mais-valia. Nessa direção, segundo Paiva e Ouriques (2006, p. 168-172), a política social na América Latina não pode ter um horizonte pretensioso em termos sociais e políticos. O radicalismo deve ser combatido, “seja em termos da composição do gasto social, seja em função da dimensão emancipadora que elas poderiam conter”.

No Brasil, mesmo o otimismo da década de 1980, em que os setores progressistas pensaram a reforma da proteção social sob um modelo universalista e redistributivo, não resistiu à incursão neste novo ambiente intelectual e valorativo que levou às restrições fiscais que acompanharam o programa de estabilização e as reformas pró-mercado, particularmente no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Segundo Draibe (2003, p. 69), atingir o novo sistema de proteção presente na Constituição²³ exigiria reestruturar, corrigir, limpar por dentro o próprio sistema de políticas sociais, em função das conhecidas distorções. “Entre elas, a distribuição muito desigual dos benefícios sociais, concentrados e apropriados por alguns segmentos, corporações,

²³ Para Draibe (2003), a Constituição de 1988 consagrou os novos princípios de reestruturação do sistema de políticas sociais: o “direito social” como fundamento da política; o comprometimento do Estado com o sistema, através de sua provisão, e o papel complementar do setor privado; a concepção da “seguridade social” (e não de seguro) como forma mais abrangente de proteção e, no plano organizacional, a “descentralização” e a “participação social” como diretrizes.

regiões, além de grupos etários, raças e o sexo masculino”. Teria exigido o estabelecimento de uma base mínima comum de benefícios sociais, digna e decente, a partir da qual, e só aí, as diferenças se manifestariam.

A reforma do sistema de proteção social voltou à ordem do dia. Em outro ambiente, outro ciclo de mudanças veio alterar a fisionomia do sistema brasileiro de proteção social no âmbito da Reforma do Estado. É importante destacar a fala de Costa (2006) sobre a reforma do Estado. Para a autora, a reforma é um elemento importante na organização do novo padrão de acumulação capitalista. É fruto de uma série de mudanças nas relações internacionais, especialmente no comércio mundial e na organização das forças políticas entre os países. “Ela expressa uma composição das forças sociais, a concretização de um movimento conservador que buscou suprimir os avanços construídos a partir do modelo do Estado de Bem-Estar Social”

Nesta direção, no Brasil chegou-se à proposta da organização de um “Estado Social-Liberal”. Conforme um dos principais articuladores da Reforma do Estado brasileiro (PEREIRA, 1997), o Estado ganharia um status “social” por continuar a proteger os direitos sociais e promover o desenvolvimento econômico, e seria “liberal” por favorecer os controles de mercado, em detrimento dos administrativos, através da realização de serviços sociais pelas organizações públicas não estatais.

Nesse contexto, a participação reaparece com destaque nos discursos das agências multilaterais, tal como constata Simionatto e Nogueira (2001, p. 157). Através do estudo dos documentos dos organismos, as autoras identificam uma retomada do discurso neoconservador ligado à alteração das funções do Estado e à redução do seu papel de promotor de serviços sociais, à convocação da sociedade civil, em nome da cidadania e de um dever cívico. A participação ganha um caráter restrito, já que se reduz às associações civis, torna-se despolitizada, com conteúdos acrílicos e “aclassistas”, resumindo-se “a uma cooperação solidária entre os cidadãos, mediada pelo Estado, ausente de sentido político e envolta em uma grande opacidade e maleabilidade”.

Contudo, segundo Costa (2006 p. 167) a reforma do Estado não alcançou um ponto necessário para promover uma reforma social ou um ajuste no padrão perverso de desigualdades sociais do País. Serviu, sim, como elemento de ampliação da lógica da economia de mercado para o conjunto da sociedade. “A lógica da ‘eficiência’ extrapolou os limites da economia para ingressar nos domínios da política e da administração pública”.

Já numa análise que vai abranger os mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Lavinás (2007, p. 5) vai afirmar que o “quadro institucional-formal que se forjou com o intuito de consolidar um sistema sólido de proteção social e garantir princípios de justiça social parece guardar cada vez menos correspondência com a prática instituída no cotidiano da luta contra a miséria e a pobreza”. É a questão da pobreza que vai aparecer como questão social na América Latina mais recentemente e parece reforçar um enfoque cada vez mais distante daquele, universalista, que presidiu a reestruturação dos sistemas de proteção social europeus do pós-guerra.

A dimensão compensatória da proteção social parece ganhar autonomia e existência própria, desarticulada e desvinculada do sistema de seguridade social como um todo. Citando Mesa-Lago (2000), a autora afirma que as políticas assistenciais tradicionais, limitadas a poucos países da região e dispendendo de poucos recursos, são ainda mais penalizadas e passam a se restringir à implementação de uma rede mínima de proteção social. O objetivo aqui, conforme a autora, não é vencer a pobreza, mas “assegurar um patamar mínimo de reprodução social que atenuar os efeitos devastadores das políticas de ajuste”. (LAVINAS, 2007, p. 2).

Observando também esta realidade, Paiva e Ouriques (2006) apontam determinações fundamentais das políticas sociais em que perpassam a atenção aos mínimos sociais, através de políticas sociais focalistas e pontuais. Ainda assim, a “maldição do assistencialismo ou do populismo” é “denunciada” por especialistas em políticas sociais quando implantadas políticas voltadas aos segmentos populares. No entanto, se trata de destinar fundo público às massas superexploradas, o que para alguns representa desperdício. Algo ilegítimo do ponto de vista do gasto social.

2.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REFERÊNCIAS PARA O DEBATE

A compreensão sobre a forma de o Estado implementar os direitos sociais não deve ser reduzida ao seu caráter político, pois a efetivação de tais políticas tem estreita relação com o movimento econômico, com as formas de produção e apropriação de bens e serviços, com aspectos de ordem jurídico-institucional, chegando até a constituição e o funcionamento das organizações e dos estabelecimentos de saúde.

No que concerne à política de saúde, na perspectiva de um

Estado que busca legitimação, a operacionalização do direito atualmente depende de sistemas que procuram concretizar uma ideia abstrata de saúde envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social (MIOTO e NOGUEIRA, 2009). Os sistemas neste contexto podem ser compreendidos de uma forma mais ampla e se diferenciam dos sistemas de serviços de saúde:

Sistema de salud es el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de una población dada que se concretizan en organizaciones, reglas y servicios, y se proponen alcanzar resultados de acuerdo con la concepción de salud existente en la sociedad. Los sistemas de servicios de salud hacen parte del sistema de salud y corresponden al conjunto de actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud de una población. (CONILL e FAUSTO, 2007, p. 19).

Os sistemas de saúde expressam não somente a disponibilidade de recursos de cada país, mas também os valores e as opções políticas diante das necessidades da população (CONILL e FAUSTO, 2007). Remetem aos conteúdos e às manifestações da agenda política, “o que explicita o maior ou menor grau de concessão aos interesses da classe ou grupo sobre o qual se quer exercer hegemonia em uma ordem política liberal-democrática”. (NOGUEIRA, 2002, p. 16).

Na abordagem que o presente trabalho procura imprimir, o acesso é compreendido como um componente fundamental dos direitos sociais (CONILL e FAUSTO, 2007), visto que a partir do acesso se expressa a capacidade da sociedade em garantir a seus membros a atenção necessária, de forma a concretizar tal direito. Nessa direção, buscamos neste momento reunir as principais contribuições teóricas desenvolvidas acerca do acesso aos serviços de saúde. Partimos da compreensão de que saúde é um fenômeno complexo, amplo e não explicável somente pelo acesso ou uso dos serviços de saúde.

Uma perspectiva tradicionalmente apresentada sobre acessibilidade aos serviços de saúde é da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apresentada no Documento de Referência da Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1977. Ela guarda uma importância histórica, pois este conceito de acessibilidade foi bastante difundido entre os países da região e esteve presente nas

recomendações para que os países latino-americanos acelerassem processos de extensão da cobertura de serviços de atenção primária²⁴. Para a OPAS são imperativos no processo de ampliação da cobertura de serviços, as estratégias de atenção primária e participação da comunidade. Estas recomendações se efetivaram nas mudanças dos sistemas de saúde latino-americanos, inclusive o brasileiro.

Além das estratégias de participação e do desenvolvimento da atenção primária, o organismo também orientava para o desenvolvimento do processo administrativo em termos de planejamento e programação dos serviços, da logística, da avaliação e do controle de operações para garantir a eficácia e a eficiência na prestação do serviço. Incluía também a reestruturação dos sistemas de saúde com base no estabelecimento de níveis funcionais de atenção, com esquemas de referência claramente definidos, bem como do desenvolvimento de recursos humanos, de programas conjuntos entre países, do intercâmbio programado de especialistas e experiências e de estratégias de cooperação e financiamentos externos.

O acesso tornou-se uma preocupação a partir do entendimento de que a cobertura é o resultado de uma oferta eficaz e sistematizada de serviços básicos de saúde, que devem, portanto, satisfazer as necessidades da população ao serem proporcionados de forma contínua, em lugares acessíveis e de maneira aceitável por esta. Devem, também, garantir o acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema (OPAS, 1978).

Perpassa, assim, a preocupação de que a cobertura transcende os limites tradicionais de uma simples proporção numérica que expressa os serviços prestados a uma população:

Por lo tanto, el concepto de cobertura implica la admisión de que existe una relación dinámica en la que intervienen, por una parte, las necesidades y aspiraciones de la población, expresadas por la demanda de servicios, y por la otra, los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas y organizativas que configuran la oferta para satisfacer esa demanda. (OPAS, 1978, p. 21).

²⁴ A orientação da OPAS (1978, p. 4) de extensão da cobertura dos serviços de saúde está permeada pela ideia de integração dos sistemas nacionais de saúde aos planos nacionais de desenvolvimento econômico, tendo em vista que o “hombre, a su vez, es sujeto y objeto del desarrollo socioeconómico”.

Os principais problemas dos sistemas institucionalizados na região, e que, por isso, devem responder às orientações apresentadas, são listados no referido documento a partir de um consenso de que os sistemas então vigentes não satisfazem as necessidades de atenção à saúde da população. São fatores citados: a falta de uma visão ampla do problema saúde; a ideia de que os serviços de saúde são um fim em si próprios; a existência de um sistema institucional rígido e estático frente às mudanças nas necessidades da população; a inacessibilidade física, social, cultural e econômica de numerosos grupos às instituições prestadoras de serviço; a falta de participação da comunidade; a predominância de um enfoque curativo; a inadequada capacitação de pessoal; a utilização indiscriminada de tecnologias importadas e o aumento significativo dos custos da atenção médica, que diminui a disponibilidade de recursos para alcançar uma cobertura universal.

A extensão preconizada pela OPAS (1978, p. 25) deve ser feita mediante a garantia de acessibilidade aos serviços, definida a partir de suas dimensões geográfica, econômica, cultural e funcional.

- a) Geográfica, expresada en términos de distancia, tiempo y medios de transporte, la cual sirva de base para ubicar los establecimientos, en vez de las áreas teóricas de jurisdicción convencionales.
- b) Económica, en términos de ausencia de barreras derivadas del sistema de pago o contribuciones por el usuario en el momento que se le preste la atención o que tenga acceso a los servicios.
- c) Cultural, de manera que no haya conflicto entre las normas técnicas y administrativas de los servicios y los hábitos, patrones culturales y costumbres de las comunidades donde se proporcionen.
- d) Funcional, en términos de provisión de servicios oportunos, permanentes, con horarios adecuados a las necesidades, apropiados para satisfacer el volumen de la demanda real y con mecanismos de referencia que aseguren un fácil acceso al nivel de atención requerido.

Além dessas dimensões, a acessibilidade contém três elementos principais: a existência de uma oferta contínua e sistemática de serviços proporcionados por um conjunto de recursos combinados e organizados

geográfica, econômica, cultural e funcionalmente ao alcance das comunidades. Também refere importância à adequação da quantidade e estrutura das instalações de acordo com o volume e estrutura da população, seus problemas e necessidades de saúde. Por último, destaca a aceitação da comunidade ao tipo de serviço oferecido, que vai se expressar na utilização que faz dos serviços.

Na direção de pensar o acesso nessas dimensões, Unglert (1995), ao discutir a territorialização das ações em saúde, afirma que o acesso vai extrapolar a dimensão geográfica abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. As condições de acesso para a autora também estão ligadas às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação da população.

Inspiradas em Unglert, Ramos e Lima (2003, p. 29) entendem que acesso se refere à distância da unidade de saúde e ao local de moradia do indivíduo, ao tempo e aos meios utilizados para o deslocamento, às dificuldades a serem enfrentadas para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), ao tratamento recebido pelo usuário, à priorização de situações de risco, a urgências e emergências, às respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e à possibilidade de agendamento prévio.

Um dos pesquisadores pioneiros da sistematização e discussão sobre a organização dos serviços de saúde é Avedis Donabedian. O autor desenvolve um esquema conceitual sobre a organização dos serviços com o objetivo qualificar a discussão da administração da atenção em saúde. A primeira preocupação do autor que destacamos é com a definição dos objetivos das organizações de atenção à saúde, uma das características que permitem distingui-las. Para Donabedian (1988), as instituições que mantêm seus objetivos orientados aos clientes ou usuários são aquelas que guardam a tradição humanitária do serviço. Os objetivos orientados ao cliente incluem o acesso ao serviço, o uso do serviço, a qualidade da atenção, a manutenção da autonomia e da dignidade do cliente, a capacidade de responder as suas necessidades e aos seus desejos, bem como a liberdade de decidir.

Antes que utilize o serviço, é indispensável que o usuário tenha acesso a ele, pois é no uso real do serviço que é possível indicar se a igualdade de acesso à atenção é um fato ou se existe apenas um potencial. O autor defende que o objetivo primordial de um programa de atenção médica é “alcanzar no solo la igualdad de acceso a la atención,

sino también una igualdad de uso para necesidades iguales”. (DONABEDIAN, 1988, p. 49).

Os serviços, conforme Donabedian (1988), estão destinados à satisfação das necessidades²⁵, que geralmente são percebidas como uma alteração da saúde ou de bem-estar. O profissional de saúde pode detectar esta necessidade, mas o comum é que o usuário detecte esta necessidade e procure atenção, “haga lo necesario para conseguirla y se someta a ella, adoptando los comportamientos que se consideran apropiados para las personas enfermas”. Muitas vezes o caminho que leva ao médico é tortuoso ou depende de recursos de familiares ou amigos. A automedicação também é uma alternativa adotada pelo usuário. Quando ele finalmente estabelece um contato com o médico, este se fixa em uma série de atividades que envolvem o processo de investigação, avaliação e dedução que constitui o processo de diagnóstico – provisório ou definitivo. O passo seguinte é a eleição da terapia adequada e sua aplicação. Outros profissionais e médicos de outros níveis de atenção também podem participar deste processo. Normas profissionais e sociais importantes vão reger o encontro entre paciente e profissional neste processo de interação. Assim, o processo de atenção começa com a necessidade e termina com a modificação desta, seja aliviando-a ou neutralizando-a.

O autor vai ressaltar a importância do que chama “entorno” do processo de atenção médica. Ele está dividido em duas categorias. A primeira compreende as estruturas e os processos que constituem a organização da atenção médica, e que circundam o processo e o influenciam consideravelmente. Tais estruturas, por sua vez, estão rodeadas e influenciadas por valores sociais e traços culturais determinantes, que repercutem na necessidade e na percepção desta atenção, assim como no comportamento do cliente e do profissional que responde a ela.

Já numa ótica de avaliação dos recursos disponíveis para organização dos serviços, Donabedian (1988, p. 497) aponta a existência de fatores interventores que influenciam na capacidade dos recursos de produzir serviços e na capacidade destes em neutralizar a necessidade apresentada pelo usuário. A acessibilidade se refere a um conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a

²⁵ Donabedian afirma posteriormente que, neste conceito de necessidade, está implícita uma visão mais complexa. A necessidade tem perspectivas distintas: a do cliente e a do outorgante. Da congruência das avaliações estabelecidas entre as partes depende o início do processo de atenção médica e que este opere com bons resultados.

produção ou consumo real destes por uma determinada população. A acessibilidade indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. “Incluye aquellas características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales”.

Ao contrário de mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, a acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde.

Donabedian (1988) distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Para Travassos e Martins (2004), o autor avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois acessibilidade está relacionada ao grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Por acessibilidade sócio-organizacional, o autor vai afirmar que nela podem estar incluídas todas as características dos recursos que não são de caráter espacial e que facilitam ou se tornam obstáculos aos esforços dos usuários para obter atenção. Neste contexto, o autor oferece como exemplo a situação da organização da atenção em ambulatório, na qual as políticas de admissão formal ou informal podem excluir os pacientes segundo sua cor, sua capacidade de renda e pelo seu diagnóstico. Fatores importantes no caso de se considerar o fato de o usuário buscar atendimento em local que não seja o mais próximo de sua residência devem, por exemplo, considerar a densidade da população, o cociente entre os recursos e a população e a acumulação ou dispersão dos recursos.

Destaca o autor que, entre os fatores sócio-organizacionais que influenciam a acessibilidade dos recursos, são especialmente importantes aqueles que derivam das configurações do próprio sistema de saúde. Resgata, ainda, que as conclusões da pesquisa de Morrill (1970) apontam que as características do sistema de atenção interagem ainda mais com as preferências dos usuários, com as barreiras à livre decisão e com os aspectos geográficos de localização do acesso aos médicos e serviços hospitalares. Interações estas as quais são mais

observáveis nas áreas urbanas. Outra poderosa influência é a rede de referências estabelecidas pelos médicos. Para o autor, não há informação precisa sobre até que ponto se recorre a percorrer uma distância maior para atendimento com um especialista. Podem estar relacionadas à maior singularidade no atendimento, à maior gravidade das condições de saúde ou variar de acordo com o nível socioeconômico do paciente.

A acessibilidade geográfica está baseada na ideia de que o espaço cria resistências ao movimento ou à mobilidade. Aqui, tomando apenas o acesso a fonte de atenção, Donabedian (1988) afirma que este tipo de resistência pode ser calculada de diversas maneiras: distância linear, distância de transporte, tempo de transporte, tempo total transcorrido e custo do transporte. O ideal é buscar uma medida de esforço associada à “fricção do espaço”. A ideia de esforço é mais subjetiva e inclui fatores, como a familiaridade com a rota recorrida, as percepções da distância e do tempo de transporte, o sofrimento e o incômodo causado pelo transporte do paciente com enfermidade dolorosa ou incapacitante.

No debate acerca da resistência ao movimento, segundo Donabedian (1988) uma discussão mais sistemática incluiria também:

- a) propriedades do espaço que incluem características topográficas, como obstáculos naturais ou condições climáticas;
- b) propriedades da tecnologia, como o desenvolvimento dos meios de transporte;
- c) propriedades pessoais, a própria doença ou incapacidade, assim como os atributos demográficos e psicológicos que influenciam a mobilidade;
- d) propriedades da organização social, que tem como exemplo a estrutura de saúde da comunidade.

A partir de Metzner (1960), Donabedian (1988) afirma que a acessibilidade geográfica está relacionada a fatores que bloqueiam ou atraem o usuário a certo serviço. Os bloqueios emergem da resistência do espaço ou por fatores a ela vinculados. Já os atrativos são a qualidade e a reputação do recurso procurado, seu caráter especializado, sua singularidade, sua escassez ou seus outros atributos desejados, bem como sua localização. Também existem fatores propulsores, que são aqueles relacionados a uma ameaça percebida à saúde em termos de urgência e gravidade. Estes fatores de bloqueio, de atrativos e de propulsão influenciam não só o comportamento do paciente, como também a organização dos serviços.

Em decorrência da inter-relação entre as características sócio-organizacionais e geográficas da acessibilidade, há que se considerar

que uma barreira imposta pela distância não é uniforme para todos os tipos de necessidade. A gravidade, a urgência e tantas outras características, como idade, influenciam muito mais do a distância, por exemplo. Nessa direção, assim como afirmamos anteriormente, o acesso vai sendo apontado como possibilidade de utilizar serviços de saúde a partir da necessidade apresentada. Expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam.

Cohn et al (1991, p. 68) vão afirmar que a primeira condição para que ocorra o acesso é a distribuição espacial de equipamentos e serviços. É exigência constitucional e um paradigma para planos e projetos e locais de ampliação da rede de serviços existentes. Nestes termos a garantia do acesso é função do Estado, das políticas que ele formula para viabilizá-lo. “Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada”. Assim, entre a disponibilidade planejada e a utilização dos serviços existem dificuldades que se interpõem entre a presença física e a acessibilidade. Obstáculos que devem ser identificados pela população e podem ser divididos entre dificuldades e facilidades que a vida urbana coloca (considerando aí seu cenário de pesquisa) e aqueles decorrentes da própria organização do processo do trabalho. Pois a utilização de um serviço geralmente está ligada a sua condição de acesso possível, assim como a sua utilidade e ao atendimento ofertado, com destaque para o grau de medicalização a que a população está sujeita.

Na direção de definir a acessibilidade a partir do que alcança o usuário, para Acurcio e Guimarães (1996, p. 234) acessibilidade seria sua capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Conforme os autores, resgatando as contribuições de Aday & Andersen (1974), é importante ter clareza que “as distintas características do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite”.

Barreiras de acesso, conforme Travassos, Oliveira e Viacava (2006), originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso.

Englobando algumas das perspectivas anteriormente observadas, Giovanella e Fleury (1995, p. 191-195) identificam quatro modelos teóricos para caracterizar a categoria acesso e analisar as condições de acessibilidade. O “Economicista” seria um dos modelos. Ele está pautado na relação entre oferta e demanda, que é medida “pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundos do universo familiar”.

Outro modelo é o “Sanitarista-Planificador”, no qual o acesso é identificado a partir da possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços. Neste, o acesso está dado pela ação planejadora do Estado. Por isso, a rede de serviços deve ser regionalizada (para garantir proximidade e condições de transporte); hierarquizada (com diferentes níveis de complexidade); com processos administrativos ágeis (para compatibilizar demanda e oferta); com informações sobre serviços e procedimentos; e organização por princípios de referência e contrarreferência, viabilizando fluxo ágil. Frente às dificuldades de efetivação das políticas de saúde, segundo as autoras essa tem sido uma concepção de acesso mais próxima de “uma ‘imagem-objetivo’ do que uma realidade a ser analisada”.

Ainda numa proposta no campo do sanitarismo, está o modelo “Sanitarista-Politicista”, cujo conceito-chave é o de consciência sanitária, formulado por Berlinguer (1978), que consiste em um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde/enfermidade e os fatores que determinam a organização social da prática médica. Conforme analisam as autoras, este é um processo de desalienação, ao desvendar determinações e deformações impostas à consciência, e é também um processo de politização, já que a compreensão dessa realidade desvenda contradições centrais do processo de acumulação e da luta de classes. Ressaltam Giovanella e Fleury (1995) que o acesso nesta concepção é entendido como construção, através da participação no sistema e da conformação de suas práticas.

Giovanella e Fleury (1995, p. 196) identificam, também, o modelo da “Representação Social”. Aqui está presente o reconhecimento do poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições. Cabe neste modelo o reconhecimento de que, no campo da saúde e doença, existe a necessidade de englobar as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde em sua totalidade, “a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde”.

Para finalizar, destacamos, de Giovanella e Fleury (1995, p. 196), a seguinte advertência: ao se discutir política de saúde e condições de acessibilidade, é necessário se ter uma visão compreensiva, ou seja, uma visão que aglutine todos os modelos teóricos supracitados. Deve-se, portanto, comportar a dimensão econômica “referente à relação entre oferta e demanda”, a dimensão técnica, “relativa à planificação e organização de serviços”; também a dimensão política, que contemple “o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular”; e a simbólica, aquela que aborda “as representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde”.

3 O DIREITO E O ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS

Como observado anteriormente, os direitos decorrem das mudanças constantes nas condições e relações sociais. O processo de institucionalização desses direitos sofreu profundas alterações nas últimas décadas. No Brasil, a incorporação constitucional dos direitos sociais foi sobremaneira lenta. Conforme Dallari (1995, p. 24), a Primeira República ignorou completamente qualquer direito social e não se referiu à saúde. Sabe-se que o problema da saúde está ligado às condições sociais de existência, e remete à participação dos grupos e classes sociais no modo de produção social vigente. A partir desta afirmação, para Luz (1986), o acesso à política de saúde, que inclui o acesso à atenção médica, expressa essencialmente o acesso ao próprio Estado, na elaboração, organização e execução do planejamento.

O acesso à saúde, entendido como acesso ao Estado, vai revelar o quanto está ligado ao projeto político institucional voltado à proteção social e à realidade socio sanitária que se estabelece no Brasil em diferentes momentos históricos. Este processo, conforme Cohn et al (1991, p. 14), é marcado por dicotomias que se apresentam como atuais barreiras a serem superadas. Dicotomias “entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não carente, a assistência médica previdenciária e a não previdenciária, e entre o discurso e a prática das políticas de saúde”.

Para Fleury (1995), a constituição de um padrão de seguridade na América Latina está associada à crise do modelo agroexportador e teve início em alguns países na virada do século XX com as mudanças ocorridas na relação Estado/sociedade. Tais mudanças criaram condições para a emergência de medidas de proteção social. Assim, sofreram processos de expansão, tentativas de reformas e reformas com processos paradigmáticos diferenciados e, atualmente, desembocam em crises que recebem tratamentos também variados. É certo que, até a década de 1850, a ideia de salubridade caracterizou as terras brasileiras de modo genérico. Mas essa realidade se transforma, conforme Silva (2007), basicamente pela percepção das mudanças nas condições de vida e no meio ambiente brasileiro devidas ao crescimento populacional e às transformações urbanas e políticas.

Entre o fim do século XIX e o início do século XX, as aglomerações urbanas e as doenças epidêmicas foram as principais motivações para que as condições de vida e de trabalho emergissem como tema de pesquisa e vigilância sistemática, como ocorreu nas principais cidades europeias. Contudo, estas voltavam-se a atender à reorganização do mundo do trabalho (cenário de questões que envolviam os negros alforriados e imigrantes) e dos novos arranjos populacionais, em que a mão de obra e o controle social eram as preocupações finais presentes.

Estas medidas não chegaram a se configurar como modelo de proteção social, mas buscavam fortalecer o poder central. A emergência de camadas médias e do operariado urbano foi fundamental à assimilação da proteção social e da função distributiva também como parte da estratégia de desenvolvimento, especialmente quando chamava a atenção à presença das ideologias socialistas e anarquistas nas primeiras décadas do século XX. O Estado, assim, buscava cumprir uma função de prevenção e regulação perante os conflitos gerados entre o capital e o trabalho (FLEURY, 1995).

Para Teixeira (1989, p. 26), a política social no Brasil à época caracterizava-se por ser, concomitantemente, “um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais” – como camponeses, domésticas e autônomos e um “sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos” – como militares e servidores, frações da classe trabalhadora que, por esta condição, tinham acesso à atenção médica individual²⁶ por meio de contribuições às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Além disso, tratava-se de um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado. A cidadania deixa de ser igualdade formal diante do Estado para assinalar uma desigualdade política na concessão diferencial de privilégios a alguns setores da classe trabalhadora.

Dessa forma, como afirma Merhy (1992), a saúde pública foi ocupando este novo tipo de “lugar”, o de uma política social complementar, que dificilmente se abriria para uma estratégia muito ampla e de expansão dos serviços, já que tinha acesso aos serviços de

²⁶ Os usuários considerados “carentes de recursos”, geralmente os que não estavam ligados aos Institutos ou, até certo período, os trabalhadores rurais, eram atendidos em hospitais filantrópicos, geralmente de caráter religioso, e também em hospitais que o Estado foi construindo. O atendimento a este segmento era feito mediante avaliação, geralmente do assistente social, que lhe garantia gratuidade ou o pagamento apenas de parte do valor total do atendimento.

saúde quem se encontrava no campo formal de trabalho e fosse contribuinte (FLEURY, 1995).

Com a concepção de saúde vinculada à ideia de recuperação de doenças, a “política de saúde” formulada nesse período estava organizada em dois subsetores, do qual trata Bravo (2001): o de saúde pública, através do qual o Estado vai atuar sobre as doenças de massa e questões de higiene da população; e o de medicina previdenciária, individual e curativa. Este modelo, baseado em dois subsistemas, está calcado no acesso não como um direito do cidadão ou dever do Estado, mas como “serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para qual se tem de contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório”. (COHN et al, 1991, p. 15).

Contudo, a contraface da constituição destes subsetores, que impede a construção de uma identidade entre os trabalhadores via seletividade das políticas, está estabelecida na existência de um Estado desarticulado por interesses particularistas. “Tanto a classe trabalhadora quanto a burocracia estatal estão prisioneiras de tais estruturas de cooptação e barganha”. (FLEURY, 1995, p. 71).

O setor de atenção médica atingirá de fato, até o final do populismo (1963), somente algumas camadas da população urbana ligadas aos setores básicos de produção social: terciário (comércio, finanças, administração) e secundário (industrial). Outra dicotomia se faz marcante: a diferenciação entre os setores urbano e rural em termos de acesso e disponibilidade de equipamentos médicos. Essa dicotomia está também associada a uma generalizada diferenciação e estigmatização da clientela, que se manifesta na divisão entre carentes, orientados para o setor público e filantrópico, e assalariados, orientados para o setor privado por meio da previdência social (LUZ, 1986; FLEURY, 1995; COHN et al, 1991).

No entanto, a tarefa de modernização social e de avanço para uma economia de caráter urbano-industrial, foco dos governos populistas no Brasil, demandou instrumentos de assistência do governo, em manobras de ampliação da ação do Estado e de criação de uma nova relação com a sociedade. Foram exemplos as CAPs, os IAPs, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Serviço Social do Comércio (SENAC) (COSTA, 2006). Neste contexto, o Serviço Social no Brasil ganha expressão e vai ter importante participação na constituição das propostas e execução das ações relativas a este sistema de proteção social que se estabelecia.

O populismo, voltado para liderança estatal para entrada do capital estrangeiro, ingressa num processo de esgotamento a partir do crônico déficit fiscal e do descontrole da inflação. Neste período uma das mais importantes transformações sociais estava em andamento no Brasil: o processo de urbanização. Para Lima (2002), é também diante desta realidade que o acesso vai se tornar uma preocupação no âmbito da organização da atenção em saúde e da pesquisa social brasileira. Até a década de 1960, o Brasil caracterizava-se por uma população rural. Duas décadas mais tarde, tornara-se um país de população predominantemente urbana. “Esse percentual, que era de 31,2% em 1940, passou a 44,7% em 1960, e a 67,6% em 1980, com sensível aumento na velocidade da mudança na década de 1960, quando se deu a efetiva inclusão do País na faixa das nações urbanas”.

Na leitura de Luz (1986, p. 82), a conjuntura de crise é um marco na afirmação das instituições médicas na estratégia de hegemonia de classe no Brasil. A partir da análise de documentos da época, a autora afirma que os discursos institucionais médicos se organizam em temáticas que resumidamente são: o combate às endemias e epidemias; a generalização da atenção médica; descentralização dos serviços de saúde; regulamentação (institucionalização) da atenção médica; e o planejamento das atividades de saúde. Contudo, a realidade é de inviabilidade de conciliação entre discurso e a prática, pois não chega a alterar o esquema de participação limitada através dos sindicatos e IAPs, até então vigente. Além disso, ele não garante mais aos setores subordinados o atendimento de suas necessidades, reivindicações ou mesmo queixas. A saúde torna-se espelho das contradições da sociedade brasileira.

O cenário se altera com a emergência do governo militar no Brasil, em 1968, que organizou reformas marcadas pela exclusão do processo decisório das políticas sociais as categorias dos trabalhadores. Foi a forma encontrada para eliminar o jogo político de barganha-pressão até então vigente. O Estado se fecha para excluir discursos de outros setores que atuavam na oferta de serviços para alcançar um papel hegemônico sobre as propostas e discursos sobre saúde. Restringe-se aos seus órgãos a “razão” sobre os males da saúde do povo. “Racionalidade” que vai definir um projeto político institucional que ecoa ainda hoje sobre a política e os serviços (FLEURY, 1995; LUZ, 1986).

A nova racionalidade empreendida pelo Estado tem quatro traços característicos, como nos aponta Luz (1986, p. 15). O primeiro é

o da integração do discurso médico ao do desenvolvimento econômico. Tal integração trata da “absorção, por parte das instituições médicas centrais, de categorias como: ‘produtividade’, ‘crescimento econômico’; ‘programação’ de atividades (de serviços); ‘racionalização’ (de recursos)”, assim como no planejamento das instituições de política econômica.

Podemos aqui assinalar o papel desempenhado pela OMS, através da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), nos estudos que apontam que o problema do aumento da cobertura dos serviços de saúde (seja através de serviços públicos, de seguros ou de serviços privados) não resolve o problema do acesso, ou seja, a ampliação da cobertura não traduzia sozinha a possibilidade de acesso. “A OPAS desempenhou papel de destaque nesse processo, inclusive ao participar ativamente da própria definição do que deveria ser considerado desenvolvimento, bens e serviços básicos e qualidade de vida”. (LIMA, 2002, p. 79-80).

O segundo traço característico deste período definido por Luz (1986) é o da centralização de órgãos e instituições de saúde, por meio do processo de unificação progressiva de serviços em Departamentos ou Secretarias Federais. A intenção é assegurar a possibilidade de incorporar as categorias “produtividade”, “crescimento econômico”, “programação”, por exemplo, à prática institucional da saúde e eliminar práticas portadoras de uma “racionalidade alternativa”.

A centralização, como analisa a autora – que ocorre de forma exemplar em 1966 com o decreto de unificação dos institutos de aposentadoria e pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) –, é uma tendência histórica e procurou beneficiar interesses de grupos e classes. Lembra que aqui também mora o esforço em favorecer o projeto institucional médico determinando a exclusão de discursos institucionais vindos de outros setores.

O controle do poder decisório é a terceira característica relevante apontada por Luz (1986) e, junto com a centralização, vai manter subjugados os discursos sanitaristas e “preventivistas”. É nos altos escalões da hierarquia burocrática institucional que se instala o controle das decisões. Não que esta seja uma novidade, mas é a face tecnocrática dos recursos humanos, treinados em administração pública e em planejamento, bem como o fato de serem os portadores de uma racionalidade “científica” e “neutra”, que define sua particularidade.

A quarta e última característica é a “generalização da medicina como fator estratégico na implantação de uma hegemonia de classe”. As forças liberais e privatistas da corporação médica “somente com a

unificação da assistência médica no INPS tornam-se dominantes e implantam, sob forma de convênios iniciativa privada-Estado, uma prática assistencial curativista de acentuada tendência privatizante”. (LUZ, 1986, p. 18).

Para Luz (1986, p. 19), a saúde se arma sobre um tripé: “de um lado as indústrias (multinacionais) da Saúde; de outro as ‘indústrias’ (nacionais) de produção de serviços de saúde; no meio, como intermediário, isto é, subsidiando uma e outra, o Estado, através da atenção médica da previdência social”. É então que se estabelece outra dicotomia na área da saúde no Brasil, a dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde, que acompanha aquela referente à atenção médica curativa e a medidas de caráter coletivo. A reforma centralizadora/burocrática preservou o formato de proteção social e também suas distorções, como a evasão, a improdutividade, os altos custos administrativos, a corrupção e o clientelismo. O papel político das instituições médicas transparece assim na perspectiva de “medicalização generalizada como substitutivo do que é retirado da maioria pelas condições sociais de produção”. (COHN et al, 1991; LUZ, 1986, p. 19).

O setor privado se manteve em pleno crescimento, embora na segunda metade da década de 1970 tenha sido observado um crescimento do setor privado não contratado pelo governo. Este era o mercado ocupado pelas instituições de medicina de grupo, voltadas para a prestação de serviços de saúde para empresas. Outra mudança pôde ser observada neste período: o crescimento da rede ambulatorial em saúde. As mudanças no enfoque da questão da saúde, introduzidas neste período, são muito importantes e são fruto da ressonância de estudos acadêmicos na área da saúde coletiva e do movimento dos profissionais da área. Foram discussões de grande importância que acompanharam o movimento de expansão do atendimento em ambulatórios: “entre 1976 e 1986 a rede ambulatorial passou de 7.823 para 23.956 estabelecimentos, o que equivale a um crescimento bruto superior a 200%”. (MEDICI, 1990, p. 285).

Além do questionamento do modelo “hospitalocêntrico”, especializante e de alto custo, que, conforme seus críticos, não propiciava o efetivo acesso aos serviços de saúde para os segmentos “carentes” da população, e era de baixa cobertura, em destaque estava a proposta da Atenção Primária em Saúde. Defendida e divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela OPAS, a atenção primária era bem cotada em função de seu baixo custo e adequação às populações de baixa renda. A promessa era de reduzir a morbidade e a mortalidade a

partir da possibilidade de rapidamente se expandir a cobertura e de oferecer cuidados simplificados. A OPAS foi responsável por, junto aos governos da América Latina e do Caribe, difundir a proposta da atenção primária e tomou-a como base para orientar a reorganização dos sistemas de serviços de saúde.

As novas formulações e propostas da OPAS eram feitas partindo do entendimento de saúde como direito dos indivíduos e das populações. Segundo Lima (2002, p. 85),

Em 1972, a 3ª reunião especial de ministros da Saúde, em Santiago do Chile, aprovou o segundo Plano Decenal de Saúde para a Região. Seu eixo fundamental está constituído pela afirmação da saúde como um direito fundamental do indivíduo e das populações, a responsabilidade dos Estados em assegurar esse direito a todos e a estratégia de expansão das coberturas com serviços de saúde visando à sua universalidade. O Plano estabeleceu novas metas para 1980: população urbana - 80% com água potável e 70% com esgotos sanitários - e população rural - 50% para água potável e sistema de esgoto.

Ficou a cargo da Organização, portanto, a difusão entre os países sob sua influência de uma visão da saúde como direito, questão importante no cenário de sociedades marcadas pelo pós-guerra, então carentes de recursos econômicos, desacreditadas como forma de organização social. Conforme Dallari (1995, p. 58), a sociedade do pós-guerra sentiu a necessidade de promover um novo pacto que se personificou na Organização das Nações Unidas (ONU), a qual fomentou a Declaração Universal dos Direitos do Homem. A ONU incentivou a criação de órgãos especiais dedicados a garantir alguns desses direitos considerados essenciais aos homens. “A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da OMS que, no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim a conceitua: ‘Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença’”.

No Brasil, o acesso é preocupação nas respostas que seriam oferecidas no contexto da associação entre urbanização intensa, pobreza e doença e seu impacto na infraestrutura de serviços públicos e nas condições de saúde. O dilema posto pela OPAS era de se promover o

desenvolvimento e garantir acesso aos bens e serviços básicos²⁷. Neste contexto, o acesso era uma preocupação que se fazia presente por causa da dificuldade de se ampliar a cobertura dos serviços garantindo a possibilidade de acesso diante de diferentes fatores para sua efetivação, como os aspectos territoriais, econômicos e culturais, por exemplo.

O acesso tornou-se uma preocupação considerando a ampliação dos serviços básicos de saúde. Deve-se, também, garantir o acesso aos diferentes níveis de atenção de um sistema hierarquizado. Assim, o acesso está contido numa lógica de administração eficiente dos recursos, seguindo as recomendações de estudos sobre o tema que vão partir da perspectiva de qualidade técnica dos serviços de saúde.

As reivindicações populares no processo de transição democrática, juntamente com a necessidade de maior efetividade no enfrentamento das expressões da questão social, constituíam cenário de constante tensão em que a política de saúde caminhou “entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário”. (BRAVO, 2001, p. 24).

O Brasil, assim como outros países do continente, iniciou um processo de transição à democracia, dando início a processos de reforma da relação entre Estado e sociedade. Para Fleury (1995), este processo pode ser observado entre 1975 e 1992 e, de acordo com o lugar ocupado pela questão social, pode ser subdividido em três etapas em que a relação entre democracia e proteção social assumiu características distintas. A primeira fase compreende os anos de 1974 a 1984 e foi marcada pela emergência de um conjunto de novos atores sociais, “articulados em torno de demandas reprimidas no campo das políticas e necessidades sociais”. Neste período, a relação entre a questão social e democracia passa pela formação de “novas identidades coletivas”, elemento propulsor do processo de democratização (FLEURY, 1995, p. 82).

²⁷ Além das estratégias de participação e do desenvolvimento da atenção primária, o organismo também orientava para o desenvolvimento do processo administrativo em termos de planejamento e programação dos serviços, logística, avaliação e controle de operações para garantir a eficácia e a eficiência na prestação do serviço. Incluía também a reestruturação dos sistemas de saúde com base no estabelecimento de níveis funcionais de atenção, com esquemas de referência claramente definidos, além do desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento de programas conjuntos entre países, intercâmbio programado de especialistas e experiências, estratégias de cooperação e financiamentos externos.

O segundo momento destacado pela autora é marcado pela coalizão governamental representada pelo governo de transição. “Tem início um processo de reformulação das estruturas legais e instituições prestadoras de serviços sociais, com vistas a superar a ‘dívida social acumulada’ durante os anos de autoritarismo”. Atores sociais importantes, lideranças políticas e profissionais passaram a ocupar postos no governo. Conforme Bravo (2001, p. 25), no âmbito da política de saúde as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde.

O processo constituinte se instala e se transforma em arena de enfrentamento e negociação entre atores que se dividem em dois blocos principais: os grupos empresariais, “sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais)” e as organizações populares que propugnavam a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001, p. 25).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi seguida da impossibilidade de transformar suas conquistas em medidas concretas. Então, conforme Fleury (1995, p. 83) tem início o terceiro período do processo de transição democrática, que é o caracterizado pela leitura das demandas sociais como inviáveis em decorrência do comprometimento com os acordos para pagamento da dívida externa e de exigir um Estado presente para dar seguimento a um novo projeto de desenvolvimento econômico-social. Segundo a autora, os princípios inscritos no texto constitucional, sob o título da Ordem Social, e a utilização do conceito de Seguridade Social foram importantes inovações; contudo, especificamente no âmbito da saúde, as dificuldades subsequentes transformaram a Reforma Sanitária em uma reforma administrativa, “ainda que provavelmente a mais importante mudança realizada no campo das políticas sociais em um contexto democrático, no Brasil”.

Para Fleury (1995), a tentativa de democratização no Brasil por meio de uma reforma universal/publicista no âmbito dos direitos sociais foi superada pela ambiguidade entre este modelo defendido e a força de um projeto de democracia elitista e de uma política econômica cerceada pelos compromissos internacionais. Junto a elas estava a opção do Estado pelo projeto neoliberal de desestatização em favor do mercado privado. Assim, a reforma universal/publicista acabou sendo, progressivamente, superada pela realidade de um modelo de política social altamente segmentado, apesar de inclusivo.

A universalização do acesso, como já mencionamos, tem sido vista como o ganho legal mais significativo para a maior parte da população brasileira com a implantação da nova política de saúde e do SUS. São observáveis os avanços na institucionalização desta política em direção à ampliação do acesso. Conforme Oliveira (2007), é na pluralidade das instituições que se situam a “armadura material dos direitos da cidadania”. Os direitos de cidadania, para o autor, são possíveis de se efetivar através de um trabalho permanente de criação, recriação, de invenção e reinvenção de instituições através das quais os sujeitos exercem sua autonomia. A autonomia significa a capacidade do cidadão de “acessar, de trabalhar, de manipular, manipulação no sentido de utilizar os recursos, usufruir e utilizar os recursos, de acordo com a sua contemporaneidade”. Todavia, segundo o autor, a lei cria apenas um espaço virtual através do qual se pode interrogar o outro, e na política de saúde, pode-se identificar particularidades que a tornam singular e põem em xeque a vigência de uma lógica universal de direito ao acesso à saúde.

Para Velozzo e Souza (1993), além da relação estrutural entre Estado e sociedade, ou relacionamento próprio da forma de regulação social do Estado brasileiro, existem fatores associados à dinâmica interna do sistema de saúde, ou mecanismos internos dos serviços na operacionalização, que vão afetar o acesso à saúde como direito. Entre este último, as autoras incluem o corporativismo médico, a resistência das instituições à demanda e as formas pelas quais a população se manifesta para manter ou modificar este quadro.

Vianna (1998) alerta para o advento da essência lobista na articulação de interesses no âmbito da seguridade social brasileira. A universalidade e a redistributividade que a Constituição de 1988 recomendou em termos de proteção social no Brasil esbarraram num processo de “americanização”, o que implicou a deterioração do sistema público, voltando-se para as camadas mais empobrecidas da sociedade, e o crescimento de uma indústria privada de seguridade direcionada para

as camadas médias e para assalariados formais. Há uma difundida insatisfação com o modo de ser deste Estado, especialmente quanto às questões ligadas à saúde, à educação, à justiça, à segurança e ao trabalho.

Ao analisar o atual discurso dos sujeitos políticos envolvidos com o setor saúde, Nogueira (2002, p. 293) afirma que a concepção de saúde, implícita na matriz discursiva das agências internacionais de financiamento²⁸ que vem sendo incorporada pelo Estado brasileiro, é a de um bem privado, “o que justifica o provimento pelo mercado, restando ao setor público cuidar dos que não têm recursos financeiros para um abastecimento via contratos e planos de saúde”. O acesso cada vez mais tem sido organizado dentro do processo de mercantilização da saúde por conta da necessidade de expansão dos planos e seguros de saúde ao tempo em que a população cada vez mais empobrece e apresenta necessidades de saúde mais complexas.

As reformas propostas e em curso vão determinar alterações importantes no acesso aos serviços de saúde. Elas têm como elementos centrais: mudar o papel dos governos, que envolve melhorar a capacidade de governabilidade, desenvolver bancos de dados, descentralizar a autoridade; quanto ao financiamento, trata de aprimorar a associação de riscos, garantir um nível adequado para saúde pública e para os serviços básicos destinados à população carente, conter custos; e, no plano da prestação de serviços, descentralizar, separar financiamento e provisão e estabelecer parcerias entre público e o privado (NOGUEIRA, 2002).

Nesta direção, é objetivo a implantação de programas e ações focalizados. Aqui há um apelo valorativo da pobreza, discurso que segundo Nogueira (2002 p. 295-296) assenta a medida para construir a nova hegemonia na área da saúde, “sendo o substrato ético que possibilita a reorganização de todas as dimensões relacionadas ao setor”. Desta forma, se estabelece uma nova contratualidade entre o Estado e a sociedade civil, que pode efetivamente minorar situações de miserabilidade extrema, mas não altera a situação de desigualdade e não constrói patamares mínimos de cidadania. Colocar a pobreza junto com a ética da solidariedade e a retórica da escassez como polo irradiador da

²⁸ Segundo a autora, os conteúdos veiculados em relação ao diagnóstico e aos encaminhamentos propostos para o setor saúde permitem afirmar que a base das reformas incrementais que vêm sendo implementadas é derivada do Banco Mundial, compondo a tendência mais radical do paradigma da economia da saúde.

argumentação não esconde consequências importantes no âmbito da cidadania:

Colocar a “pobreza” e a “escassez de recursos” como os vetores centrais das políticas sociais ocasiona um deslocamento radical da ótica de satisfação das necessidades básicas. A questão redistributiva deixa de ser parametrada pela área do direito social e passa a ser investida com a ótica da caridade e da benemerência, que não cria vínculos jurídicos e políticos de cidadania social. As consequências políticas são de ordens diferenciadas, percorrendo o caminho da redução da democracia social, reforçando a não discriminação entre o público e o privado, inibindo a luta política a partir das classes sociais e marcando uma cidadania “invertida”. (NOGUEIRA, 2002, p. 296).

Diante de tais considerações, é possível afirmar que a ideia de “universalização excludente”, apresentada já no início da década de 1990 por Favaret Filho e Oliveira (1990), é muito atual e paira sobre a política e a organização dos serviços de saúde no Brasil. Para os autores, o movimento de expansão universalizante que emerge com a Constituição Federal de 1998 foi prontamente acompanhado de “mecanismos de racionamento” que afetaram significativamente a inclusão de diversos segmentos sociais. O “racionamento” aconteceu na forma da limitação da oferta de serviços, a partir da retração no orçamento, e sedimentou um processo em que muitos usuários passaram a buscar os serviços do sistema privado, enquanto o atendimento público chegou aos setores mais carentes que, sem opção, resistiram aos mecanismos de racionamento.

Nesta lógica, a universalização está sob custódia de imperativos macroeconômicos, tal como aponta Lavinias (2007). Como exposto no documento “La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad” (CEPAL, 2006), dadas as implicações financeiras que pode ter a realização plena dos direitos contidos num Pacto regional, se introduz o conceito de progressividade: se reconhece que se trata de um processo gradual e se obriga os Estados a garantirem os direitos até o máximo dos recursos de que disponham. Não variando muito das demais agências, aqui se sobrepõe a ideia de equidade, em detrimento da antiga ideia de justiça e, ainda, como afirma Lavinias

(2007), a “sobrefocalização” do gasto social é tomada como o único meio de reduzir a desigualdade e ampliar a cidadania.

De modo geral, o que a CEPAL vislumbra a países como Brasil é buscar alternativas que permitam moldurar o crescimento econômico em políticas que, junto com promover certa “cidadania social”, abrandem os contrastes sociais. Essa inversão de lógicas no âmbito da seguridade social brasileira, retroagindo frente à proposta de 1988, torna-a mais discriminatória e meritocrática. A perspectiva de tornar as políticas sociais mais eficientes, alcançando uma disciplina orçamentária, impõe entre os países endividados, como aponta Paiva (2003, p. 80), “novo arranjo econômico e, conseqüentemente, político e social impossível de ser alcançado dentro da lógica vigente”.

Neste contexto, são criadas as Fundações Estatais (instituição sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado) e as Organizações Sociais de Saúde. Seu desempenho estaria voltado para áreas que são chamadas não exclusivas do Estado, como saúde, cultura, educação, assistência social, comunicação social. A lógica é a de repassar para o sistema privado a gestão de equipamentos de saúde. Mecanismos de gestão como este, implantado no SUS, são subterfúgios para a terceirização e a privatização de serviços do setor de saúde. Alavancam problemas previsíveis, tal como aponta Rezende (2007):

- a) transferência da “poupança pública” ao setor privado; repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos;
- b) desregulamentação do sistema público de compra de bens e serviços (Lei das Licitações);
- c) os servidores públicos tornam-se um “quadro em extinção”;
- d) terceirização dos serviços e fim do Concurso Público, forma democrática de acesso aos Cargos Públicos;
- e) desprofissionalização dos serviços, dos servidores públicos e desorganização do processo de trabalho;
- f) desmonte da gestão única do SUS e recentralização da gestão; comprometimento da hierarquização dos serviços de saúde (sistemas de referência e contrarreferência).

Observando as dificuldades, as ambiguidades e os avanços para a implementação do SUS, Menicucci (2006) entende que as análises que vêm sendo publicadas têm como foco o funcionamento interno do sistema de serviços, sendo negligenciadas as razões de natureza exógena destas dificuldades. Entre elas a discussão da política de saúde no seu

conjunto, ou seja, um debate que observe tanto o segmento público, quanto o segmento privado.

É nessa direção que a autora identifica algumas das implicações para a completa implementação do SUS e dos princípios da universalidade de acesso e igualdade. Acredita que de fato não existe no País um sistema “único” de saúde, mas sim um sistema de saúde dual. A reforma dos anos 1980 não rompeu com o padrão segmentado. A dualidade da assistência de saúde no Brasil se configura por existir uma dupla institucionalidade, já que são mantidas duas formas distintas de acesso, de financiamento, de produção de serviços e de atuação governamental. Cabe ao Estado garantir o direito a saúde, se responsabilizando pelo financiamento total e execução; e também regular o mercado privado garantindo concorrência e os direitos dos consumidores dos planos privados.

Para a autora, escolhas do passado condicionaram o desenvolvimento posterior da assistência e limitaram as possibilidades de mudança. Entre elas, destacamos:

- a) incentivos fiscais (que favoreceram o desenvolvimento da assistência médica empresarial) e a compra de serviços privados (que favoreceu a expansão deste mercado) levaram à institucionalização de formas diferenciadas de financiamento, provisão e acesso à assistência configurando um padrão segmentado e estabelecendo padrões de comportamento difíceis de reverter;
- b) a segmentação dos benefícios e serviços aos usuários, de acordo com as categorias profissionais, não favoreceram uma identidade coletiva. Chegou-se à particularização das demandas e constituição de identidades corporativas;
- c) a opção pela compra de serviços não permitiu o desenvolvimento da capacidade do governo em prestar serviços. Tornou o setor público dependente dos serviços privados;
- d) a experiência de uma assistência fragmentada provê modelos de interpretação da realidade que justificam entre os usuários a preferência pela assistência privada. As leis de regulamentação formalizaram essa dualidade (MENICUCCI, 2006).

Assim, os efeitos de *feedback* da política colocam constrangimentos para a consolidação de um sistema de saúde “único”. Os processos de implantação dos sistemas de saúde na década de 1990 consolidaram o funcionamento do sistema privado de forma independente do sistema público. Tornaram-se evidentes duas formas distintas de atuação do Estado:

- a) lógica de assistência como direito de cidadania;
- b) lógica de bem oferecido e adquirido no mercado da rede privada, de caráter lucrativo, voltada principalmente à atenção hospitalar e aos serviços especializados. Conforme a autora, 80% dos hospitais brasileiros e 92% dos serviços de apoio à diagnose e terapia são privados. Ainda assim, a regulação governamental não tem sido eficaz na regulação dos serviços: não consegue fazer valer o interesse público (MENICUCCI, 2006).

Conforme Giovanella e Fleury (1995, p. 183), “gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que reciclou o modelo médico-assistencial privatista através de inovações financeiras viabilizadoras do acesso de importante parcela da população ao sistema privado de atenção”.

Neste ritmo, o acesso é privilegiado ao usuário que possui planos privados; mas também por outras diferenciações, como renda, ocupação e localização geográfica – reflexo da história e da expansão da cobertura privada e pública nos grandes centros urbanos. A maior concentração geográfica da população coberta por planos e seguros privados ocorre nas regiões mais ricas e com melhores indicadores socioeconômicos (MENICUCCI, 2006).

Há uma relação inversa entre pobreza e cobertura por planos de saúde. A partir da análise da PNAD de 1998, Menicucci (2006) vai concluir que quem não possui plano de saúde, recebe menor número de atendimentos de saúde, se interna menos, realiza menor número de consultas médicas. Conclui a autora que os diferenciais na utilização não estão relacionados às diferenças de necessidades, mas à facilidade ao acesso.

3.2 MODELO DE ATENÇÃO E A ORGANIZAÇÃO DO SUS NO BRASIL

Como se observou, o modelo assistencial é uma das principais características da oferta que afetam o acesso aos serviços de saúde. Modelo assistencial refere-se à forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 2000) ou, como apontam Merhy, Cecílio e Nogueira (1992, p. 91), o modelo assistencial expressa “a organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”, uma vez que, no campo destas discussões, sempre se fazem presentes duas

situações. A relacionada ao aparato institucional utilizado para organizar-se as ações de saúde enquanto serviços; e aquela sobre a configuração do que é tomado como problema de saúde. O modelo assistencial busca estruturar, no sistema de serviços de saúde, a forma como são compreendidas e atendidas as necessidades da população, e que no Brasil, como já explicitado, tem no SUS a forma de expressão.

A década de 1970 foi um marco na proposição de transformações no âmbito do modelo assistencial em saúde perante a crise do modelo hegemônico pautado na medicina científica, aplicado nos hospitais e caracterizado por elementos estruturais, como: o biologismo, o mecanicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração dos recursos nos hospitais (SILVA JUNIOR, 1998). Uma radical mudança em pensar e agir em saúde acontece no Brasil entre as décadas de 1970 e 1980, chegando a constituir uma nova área de conhecimento, a Saúde Coletiva²⁹.

Canesqui (1995, p. 21), ao discutir a inserção do pensamento social em saúde, distingue dois momentos históricos marcantes no desenvolvimento de novas formas de pensar a saúde no Brasil:

- a) a difusão das Ciências Sociais Aplicadas, que acontece no período do pós-Segunda Guerra até a metade da década de 1960, quando ganham relevância estudos da Antropologia, Sociologia e Psicologia Social, sob o enfoque culturalista e comportamental norte-americano. São incorporados ao ensino da Medicina Preventiva e Social, que também assume conteúdos da epidemiologia e administração em saúde. Para Paim e Almeida Filho (1998), a medicina comunitária norte-americana é também importante proposta deste período. Além de recuperar práticas do modelo preventivista, ela focaliza sua execução em setores sociais minoritários, sem rebatimentos na assistência médica convencional. Organismos internacionais em saúde – OMS e OPAS – orquestraram a internacionalização desta corrente. A Reforma Universitária brasileira de 1968 trouxe exigências de um currículo mínimo de Medicina, e essas influências foram incorporadas num movimento de recomposição “a nível da prática clínica de medicina, da noção

²⁹ Para Paim e Almeida Filho (1998, p. 308), hoje a Saúde Coletiva se configura como “‘campo científico’, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’”.

do indivíduo como ser biopsicossocial, comprometido portanto com o ‘coletivo’ no seu significado ainda restrito”;

- b) a influência da teoria da dependência, a partir da produção de explicações macroestruturais da Sociologia e Ciência Política no final da década de 1960 e na metade da década de 1970, quando as Ciências Aplicadas sofreram severas críticas. Procuravam-se novos paradigmas para o seu ensino e pesquisa.

Esta reflexão, oriunda primeiramente de grupos de esquerda situados nos departamentos de medicina preventiva, procurou absorver o materialismo histórico e as contribuições de filósofos franceses (Foucault, Canguilhem), na reflexão epistemológica e da medicina enquanto prática técnica e social, do trabalho médico, da organização social da prática médica, da medicina preventiva. (CANESQUI, 1995, p. 22).

Saúde e coletivo ganham expressão no Brasil. As alternativas às práticas médico-centradas a ao modelo privatista vigente começaram a ser articuladas no âmbito do Movimento de Reforma Sanitária. Ganhou força a perspectiva de saúde como direito a ser provido pelo Estado. Nas décadas de 1970 e 1980, a associação entre o aumento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços, operada pela implementação do direito a saúde como política em muitos países, aliado ao aumento dos custos decorrente de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente, resultaram em um expressivo aumento do gasto com assistência médica ao longo dos anos. Assim, conforme Silva Júnior e Alves (2007), prevaleceram nas reformas dos sistemas de saúde, inclusive na América Latina a partir da OPAS, propostas que enfatizavam a ampliação da cobertura, a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente: preconizava-se a atenção primária com o suporte de um sistema articulado em rede e hierarquicamente organizado. Este dilema entre o rompimento com um modelo hegemônico e a adoção de estratégias para racionalização dos custos foi posto à discussão.

Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como ‘medicina pobre para os

pobres', e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral. (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007, p. 31).

A institucionalização desta e de outras propostas associada às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, contempladas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), determinaram um esforço de superação da visão biologicista centrada num modelo preocupado apenas com a atenção à doença e à cura.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, alguns avanços na conquista dos direitos sociais são vislumbrados: “Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A Constituição aponta para uma lógica de integralidade nas ações e serviços de saúde, na qual um sistema único deve oferecer “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. O SUS, conforme exposto, deve compor uma rede regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade e sob comando único em cada esfera de governo (BRASIL, 2001, p. 8; p. 86).

Para Mendes (2001), o SUS constitui o sistema público e a iniciativa privada participa dele com a intervenção de prestadores privados de serviços. Tal como previsto em legislação, os serviços podem ser ofertados pela iniciativa privada quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população. Nesse contexto, Mendes (2001) afirma que o Brasil atualmente conta com um sistema de serviços de saúde que se organiza de forma segmentada, composto por três sistemas: o SUS, público e universal; o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS), que atende parcela da população através dos planos de saúde a partir de contrato individual ou coletivo; e o Sistema de Desembolso Direto (SDD), a partir do pagamento integral dos serviços prestados. Segundo o autor, esta fragmentação expressa a inexistência de um sistema único não

apenas como um sistema dual (MENICUCCI, 2006), mas um sistema plural e segmentado.

As Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 regulamentaram os itens da Constituição referentes à saúde, e esta passou a ser compreendida a partir de seus determinantes e condicionantes, como “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”. Essas leis normatizaram o funcionamento do SUS a partir de princípios éticos/doutrinários, a universalidade no acesso, a equidade e a integralidade, por exemplo, e princípios organizacionais/operativos, como os que dizem respeito à descentralização, à regionalização e ao controle social (BRASIL, 1990, p. 01).

O sistema de serviços de saúde brasileiro vem sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação, tendo como pano de fundo as demandas macroeconômicas e os sistemas de valores hegemônicos em cada período de tempo.

Esta mudança na concepção e na condução dos serviços de saúde levaria à efetivação dos objetivos do SUS, que são: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

As modificações que partem de uma nova concepção de saúde se refletem na alteração do modelo de atenção, construindo-se um modelo baseado na integralidade e em níveis de complexidade no qual deve haver centros de referência para graus de complexidades diferentes de forma vertical. Em uma base ampla, está o conjunto de unidades de saúde responsáveis pela atenção primária às populações adscritas. Este primeiro nível de atenção é, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde e o eixo estruturante do sistema público de saúde. “A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia”³⁰. (BRASIL, 2006, p. 18).

³⁰ Apresentamos as definições oficialmente adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil apenas como forma de melhor delimitar o entendimento das áreas de atenção em níveis de complexidade no SUS.

Como o sistema funciona de forma referenciada, havendo necessidade de outra estratégia de atendimento, o usuário é encaminhado para outro serviço. A média complexidade, nível seguinte de atenção, tem como objetivo atender agravos de saúde por meio de procedimentos e atendimento especializados. “São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade”. Já o nível de maior complexidade está compreendido no nível terciário, ou de alta complexidade e, neste, estão contemplados procedimentos que dependem de alta tecnologia ou são de alto custo e que, geralmente, são realizados em hospitais regionais, estaduais, ou mesmo nacionais (BRASIL, 2006, p. 22).

Este modelo de atenção pode ser imaginado a partir de uma pirâmide e procura representar a possibilidade de uma racionalização do atendimento e da ordenação do fluxo do usuário de forma vertical (de baixo para cima como de cima para baixo) a partir dos mecanismos de referência e contrarreferência, vislumbrando a assistência disposta em espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997).

O modelo de atenção organizado desta forma, para Cecílio (1997), tornou-se uma espécie de “bandeira de luta” consensual do movimento sanitário em função de importantes aspectos:

- a) está indissociavelmente ligado à possibilidade de expansão da cobertura e democratização do acesso, importante diretriz política do movimento;
- b) o espaço da rede básica de serviços de saúde é visto como o ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico. Este seria o lócus privilegiado para testagem e construção de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde;
- c) a hierarquização está contida na estratégia de racionalização do uso de recursos no setor saúde. Desta forma, a utilização do recurso tecnológico pode ocorrer de acordo com as necessidades dos usuários, com garantia de acesso;
- d) a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário seria um facilitador tanto do acesso, como da criação de vínculos entre equipe e clientela;
- e) a pirâmide seria um orientador seguro para a priorização de investimentos à medida que facilita a localização das necessidades da população.

A construção do SUS vem ocorrendo através de leis, normas operacionais e portarias que constituem importantes elementos para seu aprimoramento³¹. Contudo, opera ainda de forma fragmentada caracterizando-se, nos termos de Mendes (2001, p. 72), “por uma polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma integração de pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, de uma população adscrita”. Para Silva Júnior e Alves (2007), as proposições do sistema, principalmente no que se refere aos mecanismos de referência e contrarreferência, na prática presas a uma racionalidade formal, não levam em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas e acabam não se concretizando.

No que tange aos serviços de alta complexidade, é preciso resgatar que estes foram procedimentos historicamente executados por serviços contratados/conveniados, de natureza privada e com fins lucrativos, ou por instituições filantrópicas ou universitárias. Assim, a organização e execução de ações desta natureza e a sua integração revestem-se de maior dificuldade (BRASIL, 2007).

Atualmente é atribuição do Ministério da Saúde definir e coordenar os serviços de alta complexidade. Eles estão organizados em “redes de alta complexidade” (BRASIL, 2007), e as principais áreas que compõem estas redes são:

- a) assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise);
- b) assistência ao paciente oncológico;
- c) cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- d) procedimentos da cardiologia intervencionista;
- e) procedimentos endovasculares extracardíacos;
- f) laboratório de eletrofisiologia;
- g) assistência em traumatologia-ortopedia;

³¹ Além da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, podemos apontar que são de grande relevância a Portaria do Ministério da Saúde 2.203/1996 (Norma Operacional Básica – NOB 01/1996), que redefine o modelo de gestão do SUS e a Portaria 373/2002 (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002), e a Resolução do Ministério da Saúde 399/2006, que define o Pacto pela Saúde, que está organizado nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. São importantes referências quanto ao aprimoramento de estratégias de acesso e de outros elementos centrais na organização funcional do sistema. A NOAS, por exemplo, propôs, para o aprimoramento do processo de descentralização, uma estratégia de regionalização, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR. Este plano definiu a necessidade do estabelecimento de áreas geográficas, nas quais se daria o planejamento dos fluxos e as pactuações entre os gestores, a Programação Pactuada Integrada (PPI), no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada.

- h) procedimentos de neurocirurgia;
- i) assistência em otologia;
- j) cirurgia de implante coclear;
- k) cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- l) cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- m) procedimentos em fissuras labiopalatais;
- n) reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- o) procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- p) assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- q) assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- r) cirurgia reprodutiva;
- s) genética clínica;
- t) terapia nutricional;
- u) distrofia muscular progressiva;
- v) osteogênese *imperfecta*;
- w) fibrose cística e reprodução assistida.

Algumas destas áreas chegaram a ser regulamentadas a partir de políticas nacionais³², outras ainda aguardam tal normativa; contudo, tal como aponta o documento elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2007), observa-se que as políticas nacionais voltadas aos serviços de média e alta complexidade possuem recortes muito variados, por vezes baseados no tipo de problema de saúde (doença renal, doença neurológica, por exemplo); no tipo específico de serviço de atenção; ou em áreas de atenção (saúde bucal, saúde do portador de deficiência etc.); bem como em determinados segmentos populacionais.

O financiamento destas ações está definido na portaria do Ministério da Saúde nº 204/2007, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde. Está previsto que os recursos serão organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento:

I – Atenção básica – composto do PAB fixo e PAB variável;

³² Apenas para algumas destas áreas foram publicadas políticas específicas de regulamentação, como: Política Nacional de Atenção Cardiovascular; de Atenção à Saúde Auditiva; de Atenção ao Portador de Doença Renal; de Atenção Oncológica; em Traumatologia-Ortopedia.

II – Atenção de média e alta complexidade – composto pelo MAC e pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec);
III – Vigilância em saúde – composto pelos componentes da vigilância epidemiológica e ambiental e da vigilância sanitária em saúde;
IV – Assistência farmacêutica – abrange três componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional;
V – Gestão do SUS – destina-se a apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. É constituído de dois componentes: qualificação da gestão do SUS; e implantação de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2007, p. 45).

Apesar de o carro-chefe da política de saúde para implantar mudanças do modelo assistencial ser a atenção básica, importa destacar ainda o quanto a média e a alta complexidade têm maior repercussão financeira ao consultarmos as transferências de recursos do governo federal para o SUS. Em Santa Catarina, por exemplo, no ano de 2006, para atenção básica os recursos foram da ordem de R\$ 225.692.952,33, enquanto as transferências para média e alta complexidade chegaram a R\$ 410.142.650,70, conforme levantamento feito a partir dos dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

3.3 A ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE OBESIDADE E A CIRURGIA BARIÁTRICA

No que se refere ao serviço de cirurgia bariátrica, foco deste estudo, com a preocupação de qualificar a atenção aos portadores de obesidade grave, este foi alvo de novas regulamentações do Ministério da Saúde em 2007, tendo sido publicadas três portarias: as portarias do Ministério da Saúde (MS/GM) nº 1.569 e nº 1.570, de 28 de junho de 2007, e a portaria MS/SAS nº 492, de 31 de agosto de 2007.

A Portaria MS/GM nº 1.569/2007 institui diretrizes para a atenção à saúde do portador de obesidade, com vistas à prevenção e à assistência. A normatização, conforme exposto, visa atender a Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde e preocupa-se com o aumento do número de pessoas obesas no Brasil, principalmente

considerando o quadro de morbidade, composto por elevada prevalência de comorbidades associadas à obesidade. A portaria reconhece a necessidade de se melhorar o acesso da população brasileira aos procedimentos especializados e à cirurgia bariátrica, bem como a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada que ofereça uma linha de cuidados integrais e integrados.

Nesta direção, a portaria estabelece a responsabilidade das secretarias municipais e estaduais, assim como do Ministério da Saúde, na organização das ações de prevenção da obesidade e a assistência ao portador de obesidade, permitindo, entre outras questões, ampliar a cobertura do atendimento, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de atenção.

Dentre os componentes fundamentais para operacionalização das diretrizes, estão os protocolos de conduta e, para cada nível de complexidade, são definidas as seguintes atribuições:

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos danos, bem como as ações para o controle da obesidade e suas comorbidades que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II - Média Complexidade: realizar ações diagnósticas e terapêuticas especializadas garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III - Alta Complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave. (BRASIL, 2007a, p. 1).

A portaria subsequente, MS/GM nº 1.570/2007, determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave, contemplando as diretrizes e formulários para a avaliação inicial e especializada com vistas à cirurgia bariátrica, as indicações, o preparo e o pós-operatório, que estão presentes na Portaria MS/SAS nº 492/2007, publicada posteriormente. Determina, também, a proposição de fluxos de encaminhamento dos usuários entre os estabelecimentos de saúde nos diversos níveis da atenção; a definição de normas de credenciamento e habilitação na alta complexidade dos hospitais; e a alteração dos procedimentos necessários à assistência ao portador de obesidade grave nos sistemas de gestão e informação do SUS³³ (BRASIL, 2007b).

Desta forma, atendendo às portarias anteriores, a Portaria MS/SAS nº 492/2007 vai definir diretrizes para atenção ao paciente com obesidade grave e estabelecer regulamento técnico, normas e critérios para os hospitais Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave³⁴ com a finalidade de credenciamento e habilitação.

A norma define que, para receber a indicação de tratamento cirúrgico, o usuário deve passar por uma avaliação inicial, num fluxo de encaminhamentos que segue a hierarquia do SUS. A avaliação inicial do obeso grave é feita por médico da equipe de saúde da família, médico especialista ou de ambulatório de hospital credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. Esta avaliação e as avaliações posteriores devem contemplar itens de formulário específico desenvolvido pelo Ministério da Saúde e contido na portaria MS/SAS nº 492, de 31 de agosto de 2007 (Anexo B).

No que se refere aos encaminhamentos intermunicipais ou interestaduais para a avaliação especializada, seja em serviços de média ou alta complexidade, a portaria determina que eles devem ser feitos com a anuência das respectivas secretarias municipais ou estaduais de saúde. “As secretarias estaduais de saúde devem regular esses encaminhamentos e manter sob regulação a lista de espera por cirurgia

³³ Tabela de Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e nas tabelas de procedimentos do SIHSUS e do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS).

³⁴ Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave é o hospital que oferece “assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave”. (BRASIL, 2007, p. 01).

bariátrica nos hospitais credenciados/habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave”. (BRASIL, 2007c, p. 01).

Entre as principais exigências para que ao paciente seja recomendada a cirurgia está a de que seu Índice de Massa Corporal (IMC) seja maior que 40kg/m² e a de que sua idade seja superior a 18 anos. Porém, esta cirurgia também pode ser realizada se o IMC estiver entre 35kg/m² e 40 kg/m² e o paciente apresentar comorbidades, como diabetes, hipertensão arterial ou apneia do sono. O indivíduo deve, ainda, ter realizado tratamento convencional para perda de peso há, no mínimo dois anos, com respostas insatisfatórias (BRASIL, 2007c).

Até realizar a cirurgia, o paciente passa pelo que se chama “preparo pré-operatório”. Tal preparo faz-se necessário pelo fato de o portador de obesidade mórbida apresentar uma maior incidência de doenças associadas, entre elas diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, apneia do sono, doenças pulmonares e cardiopatia isquêmica. Essa situação clínica determina um maior risco cirúrgico, tanto na mortalidade, quanto na morbidade pela cirurgia bariátrica³⁵. Por isso, o Ministério da Saúde propõe dividir este preparo em três fases, consistindo em:

- a) fase inicial: que compreende a avaliação pelo cirurgião, na qual o usuário deve ser entrevistado para obter-se o máximo de informação sobre sua história clínica, observando as preferências e hábitos alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, além da existência de comorbidades orgânicas e psicológicas. Também é realizado exame físico, permite quantificar o grau de obesidade e suas consequências orgânicas, bem como deve ser realizada uma explicação sobre o tratamento cirúrgico e suas bases lógicas, potenciais complicações operatórias e pós-operatórias e as medidas que devem ser adotadas para evitá-las. Considera-se que deve ser

³⁵ Os riscos e as complicações da cirurgia bariátrica são considerados em item específico na MS/SAS nº 492/2007. Conforme exposto, as modalidades de cirurgia ofertadas não se distinguem com relação ao risco de mortalidade e morbidade nos primeiros 30 dias pós-operatórios. A normativa afirma que os dados indicam que elas são mais dependentes da capacidade técnica dos cirurgiões do que do tipo de procedimento. “Já as complicações de curto e longo prazo são dependentes, primariamente, do tipo de operação realizada. O tratamento cirúrgico da obesidade grave tem repercussões nutricionais, sendo necessárias reposições com suplementos vitamínicos, que nem sempre resultam em uma resposta adequada. Pode haver também complicações digestivas como *dumping*, colelitíase, oclusão intestinal e hérnias, entre outras”. (BRASIL 2007c, p. 01).

estimulada a participação de familiares, responsáveis e amigos no processo. Na fase inicial, o usuário também deve ser avaliado por clínico ou endocrinologista, caso apresente alguma patologia desta natureza. Ainda é necessária a avaliação e preparo psicológico, na qual transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes devem ser abordados, orientados e tratados, se presentes;

- b) fase secundária: determinada a indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, a avaliação pré-operatória prossegue, e, considerando que se trata de cirurgia de grande porte, o usuário deve realizar:
- a. avaliação cardiológica incluindo o eletrocardiograma e, quando indicados, o ecocardiograma e outros exames necessários;
 - b. avaliação respiratória, na qual deve ser apresentada a radiografia de tórax e as provas de função respiratória. Quando o usuário portar apneia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório;
 - c. avaliação endoscópica, por meio da realização da endoscopia digestiva alta. Trata-se de exame indispensável para o diagnóstico de doenças esôfago-gastroduodenais e pesquisa do *Helicobacter pylori*, infecção que, se detectada, deve ser erradicada no pré-operatório;
 - d. avaliação ultrassonográfica de abdômen;
 - e. avaliação odontológica, para observar a capacidade de ingestão alimentar após a cirurgia;
 - f. avaliação de risco cirúrgico, que ocorre quando o usuário estiver de posse de todos os exames e pareceres anteriores;
 - g. nessa fase secundária, caberá ao nutricionista ou nutrólogo desenvolver um programa de reeducação alimentar que possibilitará perda de peso no pré-operatório;
 - h. avaliação laboratorial³⁶;
 - i. teste de gravidez para mulheres em período fértil;

³⁶ Hemograma, coagulograma, eletrólitos, lipidograma, glicose, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, proteínas totais e frações, transferases (transaminases), fosfatase alcalina, gama-GT, ácido úrico, T3, T4 e TSH, além de exame de urina e fezes.

- j. outros exames necessários, como nos usuários com doença venosa.

Nesta etapa, os candidatos ao tratamento cirúrgico podem ser obrigados a frequentar reuniões de grupo multidisciplinar. Também há indicação de internação nas situações em que os usuários tenham comorbidades orgânicas graves, incluindo dificuldade séria de locomoção, facilitando assim a realização de todos os exames do preparo pré-operatório e medidas hospitalares para diminuição de peso;

- c) fase terciária, na qual, quando realizados todos os exames da investigação pré-operatória, o paciente é liberado para a operação. O usuário assina um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e estabelece o compromisso de fazer o acompanhamento pós-operatório adequado (BRASIL, 2007c).

Em Santa Catarina são seis as unidades credenciadas para realização deste procedimento cirúrgico são: Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis); Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (São José); Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis); Fundação Hospitalar de Blumenau - Hospital Santo Antonio (Blumenau); Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (Lages); Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville). Os encaminhamentos dos pacientes para atendimento seguem o Plano Diretor de Regionalização do Estado e o fluxo aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em 2004 (Anexo C).

A presente pesquisa foi desenvolvida em duas dessas instituições situadas em Florianópolis. Uma delas é o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. No HU/UFSC este procedimento cirúrgico é feito desde julho de 2004 e tem realizado em média 8 cirurgias por mês. As entrevistas, método de coleta de dados utilizado, também foram aplicadas com usuários e famílias do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) – hospital público estadual que realiza o procedimento desde novembro de 2001, e onde são efetuadas aproximadamente 10 cirurgias ao mês. As duas instituições são mantidas com verbas públicas e o atendimento dos usuários é realizado exclusivamente pelo SUS.

Ambos têm adotado condutas diferentes para o atendimento ao portador de obesidade grave no que tange à fase secundária do preparo pré-operatório. Enquanto o usuário que procura o serviço de cirurgia

bariátrica do HU terá disponível o agendamento pré-operatório de consultas com endocrinologista, cardiologista, psicólogo e nutricionista, o paciente do HGCR tem disponível somente o agendamento com o nutricionista. Desta forma, pode-se inferir que essas diferenças de propostas de atendimento vão repercutir na realização do acesso à cirurgia, à medida que a disponibilidade de consultas médicas pode tornar menos morosa a fase pré-operatória, especialmente quando um dos pontos de “estrangulamento” do sistema é o ao acesso às especialidades de média complexidade.

4 O RELATO DAS TRAJETÓRIAS: PERFIL, ESTRATÉGIAS E SUJEITOS

Neste capítulo a proposta é apresentar os relatos sistematizados das dezesseis entrevistadas no Hospital Universitário da UFSC e no Hospital Governador Celso Ramos a partir da aplicação do roteiro de entrevista em apêndice (Apêndice A). Visando elaborar as contribuições a que se propõe este estudo, expomos quatro subitens que contemplam o perfil das usuárias, as trajetórias de assistência no que concerne à cirurgia bariátrica, as principais dimensões do acesso e utilização, o acesso à primeira consulta e as estratégias e formas de acesso e utilização dos serviços na fase pré-operatória. Aponta-se, ainda, o papel do clientelismo e da intervenção de outros sujeitos que repercutem sobre as trajetórias, bem como outros fatores relevantes para sua condução.

4.1 AS USUÁRIAS ENTREVISTADAS: PERFIL

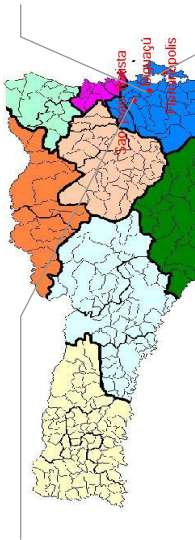
Das entrevistas realizadas com as usuárias do HU e do HGCR, foi possível apreender diferentes aspectos da realidade vivenciada para acessar um serviço de alta complexidade em saúde. Considerou-se que algumas informações seriam relevantes para permitir uma aproximação com as condições de vida dos sujeitos participantes. Neste caso, optamos por verificar, além da idade e do município onde residem, as condições de trabalho ou ocupação, a renda e a composição familiar das usuárias, melhor observadas no quadros que seguem (Quadro 1 e Quadro 2), organizados a partir do município de origem das usuárias entrevistadas e por macrorregiões de saúde de Santa Catarina^{37,38}.

³⁷ Todos os nomes citados nos relatos são fictícios.

³⁸ De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da área de Saúde em Santa Catarina, seus 293 municípios estão divididos em nove macrorregiões de saúde: macrorregional Extremo Oeste, da qual pertencem as regiões de saúde de Chapecó e Xanxerê; macrorregional Meio-Oeste, contemplando as regiões de Concórdia, Joaçaba e Videira, e da qual faz parte o município de Jaborá. A macrorregional Planalto Serrano abarca a região de Lages, à qual está vinculado o município de Otacílio Costa; à macrorregional do Vale do Itajaí estão vinculadas as regiões de Blumenau, Rio do Sul e Timbó; à macrorregional Foz do Rio Itajaí estão ligadas as regiões de Itajaí e Balneário Camboriú, sendo que o município de Navegantes pertence a esta macrorregião; à macrorregional Planalto Norte pertence as regiões de Mafra e Canoinhas; à Nordeste estão as regiões de Joinville e Jaraguá do Sul; à macrorregional Grande Florianópolis pertencem as regiões Grande Florianópolis e Brusque, à qual se vincula os municípios de São João Batista e Biguaçu; na macrorregional Sul estão as regiões de Tubarão, Criciúma e Araranguá, onde se situam os municípios de Imbituba, Laguna e Itara.

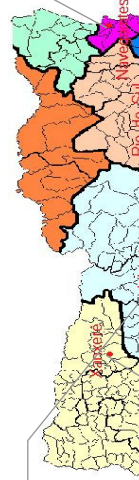
QUADRO 1 – PERFIL DAS USUÁRIAS

Macrorregiões: Grande Florianópolis e Sul

...por,		<p>HU</p> <p>Afrodite, 24 anos</p> <p>Manicure Autônoma</p> <p>Composição familiar: Esposo</p> <p>Renda: R\$ 1.000,00</p>
		<p>HCCR</p>

QUADRO 2 – PERFIL DAS USUÁRIAS

s: Extremo Oeste, Meio Oeste, Vale do Itajaí e Foz do Rio Itajaí



HGCR

Nêmesis, 40 anos

Bordadeira autônoma

Composição familiar: Esposo e
filho menor

Os participantes, em sua totalidade, eram mulheres, uma vez que no período da coleta de dados não houve internação de homens nos dois hospitais pesquisados. Com relação à idade, observou-se que o interesse e a necessidade de realização da cirurgia apresentaram-se em diferentes faixas etárias: sendo 24 anos a participante mais jovem e 64 anos a mais velha; a maior parte entre 30 e 40 anos. São mulheres, em sua maioria, inseridas no mercado de trabalho de forma precarizada. É possível notar um grande número de trabalhadoras autônomas desenvolvendo atividades marcadas pela presença feminina e também comumente voltadas a este público. A renda familiar compreende, em sua maioria, até três salários-mínimos; e os grupos familiares caracterizam-se, em grande parte, como nucleares. Apenas duas entrevistadas afirmaram ser titulares de planos de saúde³⁹.

Entre as participantes, é possível verificar que a procedência pode não estar de acordo com o fluxo de encaminhamentos institucionalizado pela CIB em 2004, que determina, por sua vez, que usuários da região Meio-Oeste de Santa Catarina sejam atendidos no município de Lages, no Hospital e Maternidade Tereza Ramos, que é o serviço de referência da região.

4.2 TRAJETÓRIAS, ESTRATÉGIAS E ARRANJOS

Partindo das informações mais expressivas fornecidas pelas usuárias entrevistadas, buscou-se identificar os traços mais relevantes de suas trajetórias e a partir de que arranjos, barreiras, sujeitos e relações foi definida a realização do acesso ao serviço de cirurgia bariátrica. A primeira consulta e a condução da fase pré-operatória serão abordadas conforme observação de como se estabelece a capacidade de obtenção do cuidado almejado – seja por serviços do SUS, serviços privados, planos de saúde, protocolos institucionais ou “convênios” entre as secretarias de saúde e serviços privados. Aí está incluído o recurso aos sujeitos – profissionais, familiares e agentes clientelísticos⁴⁰ – que participam do acesso a um serviço público de saúde de alta complexidade.

³⁹ Afrodite e Sofia informaram ser titulares de planos de saúde. Sofia, a partir de seu vínculo empregatício e Afrodite, a partir de plano individual contratado por seu pai. Segundo ela, o plano foi contratado após a utilização dos serviços referentes à realização da cirurgia bariátrica.

⁴⁰ Por ausência de outra denominação na bibliografia consultada, designou-se esta para fazer referência aos sujeitos que conduzem ações relativas ou próprias do clientelismo, ou clientelistas, tal como alguns assessores parlamentares.

4.2.1 A Primeira Consulta

As entrevistas apontam uma diferenciação no acesso à primeira consulta com o serviço de cirurgia bariátrica. Se compararmos com o fluxo proposto no âmbito do SUS, é possível observar que algumas usuárias iniciaram sua trajetória de modo a percorrer os serviços nesta perspectiva, na qual, após o atendimento do médico da Unidade Básica de Saúde (UBS), foi realizado seu encaminhamento à equipe de atendimento especializado através de agendamento regulado pela central estadual de marcação de consultas, que distribui os agendamentos a partir do fluxo já apontado anteriormente.

Além dos agendamentos efetuados a partir do atendimento com os profissionais da UBS, as usuárias relataram que, no atendimento com profissionais médicos especializados do SUS, foi possível deflagrar o encaminhamento ao serviço de cirurgia bariátrica. As usuárias fizeram, também, uso de outras estratégias para tentar acessar o serviço, tendo como marca o uso do plano de saúde, o pagamento em serviço particular do mesmo médico da equipe do SUS, assim como recorreram a pessoas que ocupam cargos políticos ou aspiram ocupá-lo para obter a consulta.

A entrevistada Métis procurou a UBS do município de Içara em busca de uma nova alternativa para emagrecer que não fosse o uso de medicamentos, sendo encaminhada por médico clínico geral para realizar a cirurgia bariátrica. O mesmo com as participantes Febe (de Florianópolis), Diana (de Laguna), Circe (de São João Batista), Afrodite (de Biguaçu) e Rodhe (de Xanxerê), as quais também relataram desânimo com relação a dietas e ao uso de medicação, que não traziam o resultado esperado.

A algumas delas foi solicitado, pelo médico da UBS, que fossem avaliadas por outros profissionais antes da submissão a consulta especializada. Diana, por exemplo, relata que o médico a encaminhou ao nutricionista para que fosse verificado se sua obesidade estava relacionada ao consumo excessivo de alimentos. Ela afirmou que a nutricionista recomendou uma dieta e que, apesar de segui-la, não houve perda de peso. Como esclareceu a paciente, os profissionais chegaram à conclusão de que ela estava obesa não pela alimentação em excesso e, sim, por um processo de adoecimento.

Já Métis foi encaminhada para avaliação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde recebeu atendimento prévio por ter desenvolvido depressão, com a finalidade de que os profissionais fornecessem um parecer sobre as condições seguras de a usuária realizar tal cirurgia. Segundo ela, o psicólogo do CAPS a desaconselhou a fazer

a cirurgia. Pediu que realizasse um tratamento com esta equipe por seis meses para, posteriormente, se não obtivesse sucesso, fazer o encaminhamento à equipe de cirurgia bariátrica. Ela não aceitou fazer este atendimento, pois queria uma alternativa não medicamentosa, e retornou à UBS, onde o médico que a acompanhava fez o encaminhamento ao médico endocrinologista, o qual conseguiu consultar após um mês, e que então foi favorável à realização da cirurgia.

Circe também relata que o médico da UBS a encaminhou primeiramente ao endocrinologista para confirmar se haveria outra estratégia para emagrecer. Esta consulta foi agendada no HU. Nesta, o médico endocrinologista avaliou que a paciente poderia sim realizar a cirurgia e encaminhou seu agendamento com a equipe de cirurgia bariátrica do HU por meio de Interconsulta⁴¹. Não foi necessário agendar pelo município.

Constatou-se que o caminho até o serviço especializado também tem início em atendimentos que as usuárias efetuam com os próprios médicos especialistas. Porém todos se distinguem e revelam a diversidade das formas de inserção no sistema de serviços, bem como definem a trajetória dos usuários na procura pelos serviços. June, por exemplo, efetuou uma consulta com médico endocrinologista da rede pública de um município vizinho ao seu. Obteve atendimento com a ajuda da irmã, que ali reside, e foi encaminhada ao serviço de cirurgia bariátrica.

Harmonia e Theodora também já eram acompanhadas por médicos especialistas. Harmonia realizava atendimentos constantes com o médico urologista, e Theodora, com endocrinologista no Hospital Regional de São José (HRSJ), desde que fez uma cirurgia para retirada da tireoide após a detecção de um tumor. Em consulta com a médica, ela mencionou seu interesse em realizar a cirurgia, visto que é longo o tempo em que tenta emagrecer, seja usando medicação, seja fazendo dietas alimentares. Diante desse histórico, a médica faria a solicitação de agendamento (encaminhamento) desde que a paciente fosse atendida no serviço de cirurgia bariátrica do HU. Não aceitaria e não recomendaria que fizesse a cirurgia no HRSJ. A paciente concordou com a condição e assim solicitou na sua UBS atendimento ao hospital determinado.

⁴¹ O HU/UFSC mantém um protocolo interno pelo qual o paciente que necessitar ser atendido por outro especialista mais rapidamente, de acordo com avaliação do médico que o atende, recebe encaminhamento para agendar e realizar a consulta no próprio hospital, sem que tenha de retornar à UBS para providenciar um novo agendamento. Tal protocolo recebe o nome de Interconsulta.

Já a primeira iniciativa de Hebe para realizar a cirurgia foi concretizada no serviço de saúde a partir de um agendamento com o médico cirurgião que atende na policlínica municipal pelo SUS e que realiza a cirurgia, porém, apenas como serviço particular em um hospital local. Esta situação também foi vivenciada por Harmonia; contudo, nos dois casos, o médico explicou que não poderia fazer a cirurgia pelo SUS e encaminhou as usuárias ao médico da UBS para que o este fizesse a solicitação de atendimento para equipe especializada pelo SUS.

As usuárias também mencionam outras estratégias que marcaram o acesso ao serviço, como a que se verifica no relato de Sofia a partir do uso do plano de saúde. Sofia também procurou diretamente o cirurgião bariátrico de seu município, com quem consultou pelo plano de saúde. Ele a orientou a tentar emagrecer e controlar o peso a partir de dieta alimentar, mas a usuária relata que após a consulta engordou ainda mais. Soube, ainda, deste profissional que a cirurgia não era coberta pelo plano. O plano daria cobertura às despesas de internação, mas não ao material e ao pagamento dos profissionais (cirurgião e anestesista). O custo relativo ao cirurgião, incluindo material, era de R\$ 8.000,00. Já o anestesista cobraria R\$ 2.000,00. “Era muito caro”, afirmou Sofia que, então, solicitou ao médico que lhe desse encaminhamento para fazer a cirurgia pelo SUS, agendamento que a paciente providenciou através da UBS.

Já para Iris o acesso ocorreu pelo serviço privado, diante da dificuldade enfrentada para agendamento pelo serviço público. Segundo relataram a usuária e o esposo, a primeira consulta ocorreu em um centro médico de Florianópolis, no consultório particular do médico chefe da equipe de cirurgia bariátrica do HGCR. Foram duas consultas particulares, cada uma custando R\$ 200,00. Anteriormente, tentaram marcar a consulta pelo SUS, mas o pedido de agendamento, segundo a paciente, “voltou”. Não soube precisar o que aconteceu, apenas que, na policlínica municipal, não se fez o agendamento. Segundo o esposo, na própria policlínica uma funcionária orientou o casal para que pagasse a primeira consulta para que o atendimento fosse mais rápido e, em seguida, tentassem o agendamento do retorno pelo SUS. Desta forma procedeu a usuária. A funcionária lhe forneceu o número do telefone do consultório do médico e em 10 dias foi realizada a consulta.

Os relatos apontaram situações cada vez mais complexas para investigar a questão do acesso e que podem revelar importantes questões acerca da organização do sistema e dos arranjos que os usuários encontram para que possam acessar os serviços. Na situação apresentada por Têmis, vale destacar que realizar a cirurgia bariátrica era um arranjo

encontrado pela usuária para acessar outro serviço de saúde. Neste caso, a paciente também havia sido acompanhada por um especialista por cinco anos no HU para tratar de diabetes. Contudo, conforme o relato da filha, Giles, o principal problema de saúde da usuária era relacionado à vesícula biliar (presença de cálculos), que há muito tempo lhe provocavam dores, bem como a necessidade do uso intensivo de medicação. Havia três anos que ela estava “batalhando pela vesícula”, como afirmou. Com o encaminhamento do endocrinologista, Têmis consultou no próprio HU, por meio de Interconsulta, o médico cirurgião geral, pois, finalmente, o único tratamento seria a retirada do órgão. Na consulta, Têmis e a filha constataram que a fila de espera para fazer a cirurgia de retirada da vesícula biliar era de muitos anos⁴². Então, frente ao problema da fila para cirurgia de retirada da vesícula e à necessidade de perder peso, Têmis decidiu que seria mais rápido tentar fazer a cirurgia bariátrica pelo fato de a espera ser menor e também porque esta mesma cirurgia possibilita que seja efetuada a retirada da vesícula, caso para o qual a usuária já possuía indicação clínica. Segundo Giles, a mãe “queria e não queria fazer” a cirurgia bariátrica. A mãe não estava preocupada em emagrecer, e sim em parar de sentir a dor causada pela presença de cálculos na vesícula. Assim, como a fila era mais rápida e era importante que a usuária perdesse peso, resolveram então tentar esta cirurgia. A consulta com a equipe de cirurgia bariátrica foi agendada diretamente no hospital através de Interconsulta.

Outros importantes e marcantes aspectos para o acesso ao serviço de saúde foram verificados nas situações vivenciadas por Selene e Mirina, as quais denotam relações de natureza clientelista. Selene relata que optou por realizar a cirurgia por “questão de saúde” e que, apesar do medo que sentia em fazê-la, assim que definiu, entrou em contato com o secretário parlamentar do deputado estadual Armínio, procedente de sua região. Questionada sobre o fato de ela, que é servidora pública municipal da área da saúde, que teria acesso aos agendamentos, ter recorrido ao secretário parlamentar, Selene explica que, mesmo trabalhando na área da saúde, seria “muita burocracia” e seria muito demorado para conseguir tal consulta. “Seria de dois a três meses e, com ele, no mesmo dia”. “Eu liguei de manhã e ele já me ligou no mesmo dia à tarde”, segundo ela já com a data da consulta definida. Atualmente, como informou, está ainda mais demorado para efetuar o

⁴² Esta cirurgia, denominada Colecistectomia, é considerada cirurgia de média complexidade, como prevê a Portaria n. 486/GM, de 31 de março de 2005.

agendamento. Ela refere que o secretário parlamentar, Hector, agenda diretamente no hospital. “Foi mais fácil conseguir aqui do que de lá”.

O relato de Mirina segue o mesmo campo de relações. A perspectiva de realizar a cirurgia ganhou possibilidade de efetivação quando conversava com um conhecido que era candidato a vereador. Mirina comentou com ele seu desejo de fazer a cirurgia, mas que sabia que era muito difícil e demorado. Ele, por sua vez, afirmou que poderia conseguir pra ela o agendamento, contanto que ela pudesse pagar pela primeira consulta. Explicou-lhe que, se ela quisesse, sua esposa, que trabalha no setor de agendamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), se incumbiria de marcar a consulta em Florianópolis, no consultório particular do médico chefe da equipe de cirurgia bariátrica do HGCR, e que, desta forma, seria mais rápido. As consultas de retorno, segundo ele, seriam pelo SUS, pois não daria tempo de retornar com os exames prontos em 30 dias – prazo de retorno nas consultas particulares. Ele, com a ajuda de um colega, se responsabilizaria em agendar seu retorno pela rede pública, sem que ela tivesse despesas. A paciente disse que aceitou fazer a primeira consulta particular. Custou R\$ 200,00, e o esposo a ajudou a pagar. Sendo aceita a proposta do candidato, a consulta foi agendada para duas semanas depois. No dia da consulta, quem auxiliou a paciente a se deslocar em Florianópolis foi o secretário parlamentar do deputado estadual Armínio, Hector, amigo do candidato. Ele a levou ao consultório do médico. Na consulta, o médico fez orientações acerca da cirurgia e lhe solicitou os exames e consultas, como ocorreu com as demais pacientes.

Importante também foi a situação exposta por Nêmesis, cuja estratégia para conseguir o primeiro agendamento no HGCR foi através de uma carta, escrita a punho por ela relatando sua situação e seu sofrimento. Nêmesis explicou que há dois anos enviou três cartas explicitando sua história e pediu ajuda para conseguir fazer a cirurgia. Esta mesma carta foi enviada ao apresentador de televisão “Ratinho”, a um deputado federal e ao secretário de Estado da Saúde. Nêmesis diz que foi o secretário de Estado da Saúde quem providenciou sua primeira consulta no hospital. Segundo a usuária, uma semana depois de ter enviado as cartas o secretário de Estado da Saúde ligou para ela dizendo que em uma semana ela deveria comparecer ao HGCR, pois a consulta com o cirurgião estava agendada.

A primeira consulta contempla diferentes questões que definem a complexa relação que os usuários estabelecem com os serviços públicos para conseguir atendimento às suas necessidades frente às diferentes dimensões que definem o acesso. O decorrer da trajetória tem

outras marcas e apontam para constituição de outros arranjos que viabilizem a continuidade do atendimento e outras lógicas que permeiam a relação dos usuários com os serviços.

4.2.2 A Fase Pré-Operatória

A relação estabelecida pelas usuárias com os serviços de saúde não é nova e, por isso, a necessidade de fazer uso de estratégias, de acionar relações e recursos, como o financeiro para utilizar serviços privados, é conhecida e frequente na trajetória e tem como anteparo a compreensão que a população desenvolve sobre um sistema público de serviços de saúde, naturalizando ou deixando de problematizar questões relevantes sobre o atendimento de sua necessidade. Nesta direção, apontaremos as principais estratégias e recursos que relataram as entrevistadas referentes à fase pré-operatória do protocolo da cirurgia bariátrica.

4.2.2.1 Estratégias, o Papel do Serviço Privado e do Plano de Saúde

As formas de acessar um serviço estão definidas muitas vezes por experiências anteriores e expressam dificuldades da organização do sistema de serviços que vão determinar a utilização combinada de serviços públicos e entre serviços públicos e privados. Theodora, por exemplo, informa que o atendimento com o cardiologista, assim como os exames, foi realizado no HU a partir do protocolo do hospital que possibilita às pacientes agendarem as consultas necessárias à fase pré-operatória diretamente na instituição. Os demais agendamentos, apesar de feitos através do SUS, segundo ela, deveriam ser feitos diretamente na SMS. Se fossem deixados na UBS, sabia que seria muito mais demorado. Segundo ela, existe uma grande demora da UBS em encaminhar os pedidos de agendamento à SMS. Assim, tinha sempre de levar os pedidos diretamente à SMS. De acordo Theodora, quem aguarda pelo pedido entregue na UBS espera mais, tanto que afirma ter feito a cirurgia antes de pessoas conhecidas que iniciaram o processo anteriormente a ela. Mesmo assim, levou oito meses para realizar as consultas e os exames pré-operatórios.

Com a demora de dois a três meses para realizar cada exame, Theodora afirma que foi preciso repetir exames várias vezes, principalmente os de laboratório. Quando voltava ao médico, os exames estavam “vencidos”, desatualizados considerando a exigência de se ter

uma leitura sobre a atual condição de saúde da usuária. Precisava refazer, e o agendamento do retorno também era demorado. Percebendo isso, Theodora começou a solicitar ao médico da UBS a requisição destes exames e os fazia novamente antes de voltar ao médico especialista. Ela fazia isso quando sabia que o exame seria considerado inválido e, assim, conseguia apresentar aos especialistas os exames atualizados.

Theodora ainda precisou realizar endoscopia digestiva por quatro vezes, pois por três vezes a pesquisa para *H. Pylori* resultou positiva. Para o tratamento, é necessário o uso de medicação não padronizada pelo SUS. Como é de alto custo, a irmã a ajudou a adquirir. Este tratamento complementar, segundo ela, foi uma das principais dificuldades enfrentadas, já que, a cada ciclo de tratamento, que foram três, eram necessários R\$ 540,00 para compra da medicação. Neste período ela engordou mais. Estava com 120 kg na primeira consulta e chegou a 147 kg no momento de agendar a cirurgia.

Apesar da dificuldade de locomoção, a paciente informa que ela se ocupou dos agendamentos. Diana informa que também ela se ocupou dos agendamentos e, para realizar os exames e consultas necessárias, não foi possível contar com assistência total pelo SUS. Foi necessário realizar exame em serviço privado. Todos os outros exames e consultas a paciente já tinha realizado, e, sem a ultrassonografia de abdômen, sabia que não haveria condições para realizar o retorno sem prejuízo da avaliação médica quanto às suas condições de efetuar a cirurgia. Assim, como seu marido é pescador e filiado ao sindicato da categoria, e este tem convênio com clínicas particulares, a paciente realizou o exame em clínica particular pagando a metade do preço. Quem pagou o exame foi seu esposo.

A avaliação cardiológica, incluindo eletrocardiograma e ecocardiograma, a usuária conseguiu acessar através do SUS a partir da UBS. Contudo, sabendo que o agendamento era demorado, em consulta com a médica da UBS, ela informa que teve de pedir seu apoio para que os funcionários da UBS agendassem seu pedido com prioridade. Ela disse que reclamou à médica sobre o seu sofrimento, das dores que sentia e da urgência de sua condição, e a médica solicitou aos funcionários que agilizassem a marcação. Além disso, teve de realizar a endoscopia digestiva por três vezes, pois em duas delas o resultado foi positivo para pesquisa de *H. Pylori*. O acesso foi pelo SUS, assim como o atendimento com o nutricionista, os exames de laboratório e o atendimento psicológico.

Outro caso marcado pela presença do serviço privado é o de Febe. Segundo ela, os agendamentos foram efetuados em sua maioria pelo SUS, através da UBS ou da Policlínica Municipal do Centro (Florianópolis). Contudo, um dos exames solicitados pelo cardiologista, não padronizado pelo SUS, teve de ser realizado em serviço privado, bem como o atendimento com o profissional de Psicologia. Apesar de desaconselhar a paciente a realizar a cirurgia, foi a mãe quem efetuou esses pagamentos. Febe aguardou três anos para realizar a cirurgia. Esta, segundo ela, foi a maior dificuldade enfrentada no processo.

June também vivenciou situação semelhante, porém, além de recorrer ao serviço privado para atendimento com o cardiologista, única avaliação que faltava, ela precisou retornar ao médico da UBS para solicitar a troca dos pedidos dos exames que trouxe do hospital. Isto porque os agendamentos através da rede municipal só seriam possíveis a partir de pedidos de algum profissional desta rede. Métis também vivenciou esta situação. O médico da UBS fez novos pedidos para possibilitar o agendamento através do município.

No caso de June, as consultas com endocrinologista, nutricionista, psicólogo, os exames de laboratório, a ultrassonografia de abdômen e a radiografia de pulmão foram feitos pelo SUS a partir da UBS. Contudo, faltava apenas a avaliação cardiológica para completar as exigências do protocolo pré-operatório. A consulta foi paga com recursos do casal, assim como o eletrocardiograma e o teste de esforço pedidos pelo especialista. Se não fizesse a consulta particular, teria de aguardar mais quatro meses. Destaque para o fato de a consulta ter sido indicada pelo gerente da UBS, que sabia que tal profissional oferecia desconto para quem tivesse encaminhamento do SUS. A paciente precisou recorrer ao gerente da UBS também para agilizar o agendamento dos demais atendimentos que foram feitos pelos SUS.

Outra particularidade foi o fato de June ter realizado as duas endoscopias no município vizinho, Sombrio. A paciente, que é moradora de Criciúma, relatou que, como sua irmã reside em Sombrio, ela conseguiu o agendamento do exame, que demoraria muito pelo município onde reside.

Quanto aos novos exames e consultas requeridos, Nêmesis fala que “foi corrido”. Na primeira consulta médica, ela questionou se poderia fazer os exames e consultas em serviços privados. O profissional que a atendeu orientou que os exames não poderiam ser realizados desta forma, que ela teria de fazê-los pelo SUS. Levou um ano e dois meses para que Nêmesis fizesse os exames e consultas solicitados. Mesmo assim, efetuou o pagamento da endoscopia. Como a

primeira endoscopia deu resultado positivo para *H. Pylori*, a paciente fez uma segunda endoscopia, também em serviço privado. A nutricionista ela não agendou. Soube que tinha uma profissional atendendo pela prefeitura. Chegou lá e, mesmo sem agendar, foi atendida. Os exames de laboratório, ela disse também ter pago. “Esses são baratinhos. O mais caro paguei R\$ 35,00”. Tanto endocrinologista, como cardiologista, ela esperou cerca de um ano para consultar.

Feitos os exames, a paciente disse que no retorno o médico solicitou que ela repetisse a avaliação cardiológica, incluindo o eletrocardiograma e a ultrassonografia de abdômen. Eram exames que, segundo relata, não ofereciam boa qualidade de imagem. Explica a paciente que a máquina era simples, com pouca possibilidade de visualização. Então questionou ao médico se realmente não poderia fazê-los em serviços privados. Segundo ela, era outro médico quem a atendia e ele disse que não havia problemas. Então Nêmesis pagou a nova consulta com o cardiologista e o eletrocardiograma, que custaram R\$ 190,00. Para complementar a avaliação, o médico pediu ainda um ecocardiograma, pelo qual foi pago R\$ 200,00. Como não há especialista no município, Nêmesis procurou esse atendimento em Blumenau. A ultrassonografia também teve de ser paga. Ela e o esposo se ocuparam dos agendamentos e era ele quem pagava os seus exames. Sobre as dificuldades encontradas, Nêmesis diz ter sido “chegar até o médico do hospital”. A demora, segundo ela, não foi problema, “o importante é saber que eu vou operar”.

Sofia foi uma das pacientes que tentaram acessar o serviço utilizando o convênio médico. Como não havia cobertura do plano para realizar a cirurgia, ela solicitou agendamento pelo SUS, e a primeira consulta ocorreu no HGCR depois de três meses. Para realizar os exames e consultas referentes à fase pré-operatória, ela afirma, em princípio, que não chegou a procurar o atendimento pelo SUS. “Demora demais”. A paciente comenta sobre a organização dos serviços de saúde do município: “lá tem que ir às três horas da manhã na fila para conseguir”. Por isso, optou por não procurar alguns atendimentos: “não ia conseguir fazer a tempo”. Questionada sobre como conseguiu as consultas e exames, inicialmente ela diz que foram todos cobertos pelo plano de saúde e que, quando faz algum procedimento através deste, ela tem uma pequena participação no pagamento. Segundo ela, esta participação resultou em cerca de R\$ 100,00 no total.

No entanto, quando se verifica onde cada procedimento foi realizado, Sofia afirma que teria feito a endoscopia pelo SUS para que não houvesse descontos em seu salário, o que não foi possível porque os

médicos do SUS estavam de férias; então, em função da demora, decidiu fazer pelo plano. Como a pesquisa do *H. Pylori* foi positiva, teve de realizar o exame mais uma vez.

Sofia relata, ainda, que fez os exames de laboratório pelo SUS, assim como o eletrocardiograma. Sua preocupação, novamente, era em não ter descontos no salário. Já para avaliação do endocrinologista, teve de procurar um serviço particular. O plano, que credencia apenas serviços no município, não disponibilizava este profissional. Então, preocupada com a demora, optou por pagar a consulta em serviço privado, a qual custou R\$150,00. Quanto ao psicólogo, Sofia diz que não consultou. Pediu o parecer do psiquiatra, com quem consulta a cada três meses. Por esta consulta ela já paga R\$ 180,00.

A usuária diz que foi ela quem se ocupou dos agendamentos e contatos. Recebeu ajuda do assessor parlamentar Hector para marcar o retorno. Ele acompanhava as pessoas da região no dia da consulta e a orientou deixar o retorno agendado. Ele sabia que só tinha mais uma vaga e, caso não agendasse naquele momento, teria de esperar quatro meses.

4.2.2.2 Protocolos: Acesso e Outras Barreiras

Afrodite relata que seus atendimentos foram quase todos realizados no HU a partir do protocolo para atendimento dos pacientes do serviço de cirurgia bariátrica. Consultas com cardiologista, nutricionista, psicólogo e endocrinologista e exames de laboratório e eletrocardiograma foram realizados no hospital. Já a ultrassonografia e endoscopia foram agendadas através da UBS Central de Biguaçu, município onde reside. Como o médico anotou a palavra “urgente” no pedido do exame, ela solicitou à assistente social da UBS Central o agendamento do exame com prioridade. Segundo a paciente, a assistente social providenciou o agendamento da ultrassonografia. Como a primeira endoscopia apresentou a bactéria *H. Pylori*, ela fez o tratamento com a medicação não padronizada pelo SUS, a qual adquiriu com o apoio do marido. Custou cerca de R\$ 200,00. Para realizar a segunda endoscopia, que confirmaria a presença da bactéria, Afrodite disse que optou por pagar pelo exame, pois demoraria cerca de um ano para agendá-lo pela UBS. A paciente foi quem se ocupou dos agendamentos.

Afrodite relata que sua primeira consulta com a equipe de cirurgia bariátrica do HU ocorreu em abril de 2008 e que já estava com todos os exames e avaliações prontas em junho de 2008, quando entrou

na fila de espera para cirurgia. Segundo ela, os médicos disseram que seu retorno com os procedimentos solicitados foi rápido.

Quanto aos agendamentos referentes ao pré-operatório, Circe também menciona ter usufruído do protocolo do HU para consulta com o cardiologista. Foi possível realizar todos os procedimentos pelo SUS. Radiografia, ultrassonografia, nutricionista, psicólogo e exames laboratoriais foram efetuados na rede pública de São João Batista, sendo os exames de laboratório, eletrocardiograma e o ecocardiograma em clínica conveniada pelo SUS. A endoscopia foi agendada pela SMS para o HU. Como a pesquisa de *H. Pylori* foi positiva, teve de fazer o tratamento com medicamentos e comprá-los com recursos próprios.

Quanto aos agendamentos, Harmonia relata ter providenciado “tudo sozinha” num período de seis meses. A avaliação cardiológica foi feita na policlínica municipal, assim como radiografia, endoscopia, nutricionista e psicólogo. Em decorrência da apneia do sono, fez o exame de polissonografia no HGCR, cujo agendamento foi feito através da Policlínica. Apenas a consulta com o endocrinologista foi feita no HU. A paciente optou não fazer os outros atendimentos no HU para não ter de realizar “tantas viagens”, pois ficaria mais perto realizá-los no município onde reside. Ao problematizar sobre o tempo de realizar todas as consultas e exames, Harmonia afirma: “a demora foi normal”.

Hebe também optou por realizar os exames no município de origem com o objetivo de não se afastar do trabalho por muitos dias. Ela definiu esta etapa como “difícil” e relatou que seus atendimentos foram realizados pelo SUS a partir da Policlínica Municipal de Rio do Sul. O endocrinologista foi agendado no HU através do protocolo. Porém, o mais difícil foi o agendamento para consulta com cardiologista e para realizar a ultrassonografia. Feitas todas as avaliações necessárias, Hebe diz que faltava a ultrassonografia e a consulta com este especialista (já tinha feito o eletrocardiograma para lhe apresentar). Quem lhe apoiou para conseguir a consulta com o cardiologista foi a nutricionista que lhe atendeu. Segundo ela, a profissional “viu que eu tava muito ansiosa e desesperada” e fez com que os profissionais que trabalham na marcação lhe incluíssem num mutirão organizado pela SMS para consultas com cardiologistas. Conforme Hebe, a ultrassonografia também foi feita num mutirão. A paciente também efetuou o pagamento da medicação para *H. Pylori*. Segundo ela, o tratamento custou R\$ 111,00, o qual teve de pagar com recursos próprios. Hebe diz que o tempo entre a realização de um exame e outro foi muito variado, mas acredita que levou aproximadamente dois meses para realizá-los.

Sobre os exames e consultas de Têmis, Giles, a familiar entrevistada, disse que foram feitos apenas em parte aproveitando o protocolo do HU também em função da distância. A avaliação cardiológica foi realizada através de agendamento pelo município por vontade da usuária. Não gostaria de ter de retornar tantas vezes a Florianópolis. Achavam que seria mais rápido, no entanto, ocorreu o contrário e, segundo ela, houve bastante demora. Foram quatro meses aguardando para realizar a consulta. Como precisou de uma investigação mais apurada por alteração inicial no exame de eletrocardiograma, a paciente ainda precisou consultar em Criciúma outro cardiologista.

Foi necessário fazer a polissonografia, a qual a paciente, em uma das vindas a Florianópolis, agendou diretamente no HGCR, único hospital que faz esse exame pelo SUS na região. A endoscopia foi feita por três vezes. Duas foram feitas a partir de agendamento da SMS pelo SUS em instituição credenciada; contudo, Têmis e a filha desconfiaram que a endoscopia “feita pelo SUS” estava com algum problema, porque por duas vezes foi positiva a pesquisa para *H. Pylori* (que tratou com medicação similar à receitada pelo médico e que foi fornecida pelo SUS). Tendo feito o tratamento com a medicação por duas vezes, a terceira endoscopia foi feita em serviço privado por causa da desconfiança da usuária e da filha. Nutricionista, psicólogo e endocrinologista foram consultados no HU na mesma semana. Mesmo assim, a paciente levou um ano para completar a fase pré-operatória. Após apresentar os pareceres favoráveis, aguardou a cirurgia por sete meses. Ressalva para o fato de a usuária não querer realizar a cirurgia bariátrica e, sim, realizar a cirurgia para retirada da vesícula biliar. Seu primeiro comentário, em contato realizado diretamente com a ela, após realizada a entrevista com a filha, foi o seguinte: “É... fiz [a cirurgia] obrigada, porque eu não queria fazer”.

Rodhe conseguiu exames a partir da prévia inserção em um programa municipal voltado ao atendimento de pessoas portadoras de diabetes e hipertensão, o qual, segundo ela, chama-se HIPERDIA⁴³. Pela inserção neste programa, Rodhe realiza avaliações médicas trimestrais. Esta avaliação é critério para que receba a medicação. Ela explica que já

⁴³ De acordo com o Ministério da Saúde, HIPERDIA é o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. “Sistema informatizado obrigatório, que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde”. (BRASIL, 2007, p. 56).

sabia que o médico cirurgião solicitaria exames e, por isso, já na primeira consulta trouxe o parecer do nutricionista, exames de sangue, eletro e ecocardiograma. Os exames que trouxe ao médico na primeira consulta são feitos a cada três meses para apresentar à equipe do programa. Rodhe também relata que os usuários ligados ao programa têm preferência nos agendamentos, mas, assim mesmo, avalia esta etapa como “correria”. As avaliações foram realizadas através do SUS a partir de agendamentos pela policlínica municipal. Sobre a fase de avaliação cardiológica, relata ter demorado a realizar o eletrocardiograma e não soube precisar quanto tempo, “mas não muito”. A realização dos exames e das consultas requereu o deslocamento ao Hospital do município, à policlínica e à UBS. Para consultar o endocrinologista, que atenderia pelo SUS, Rodhe precisou ir a Chapecó, município distante cerca de 50 quilômetros, pois em Xanxerê, sua cidade, não havia atendimento com médico dessa especialidade. O agendamento levou um mês para ser realizado.

4.2.2.3 Particularismo, Clientelismo e “Convênios”

Mirina recebeu a orientação do candidato a vereador para realizar a primeira consulta em serviço privado, pois ele conseguiria o retorno pelo SUS. Insegura, ela imaginava que o acordo feito com o candidato não seria cumprido, uma vez que ele demorou a entrar em contato para informar sobre a data de retorno com o mesmo médico no serviço público. Diante do grande número de procedimentos a serem feitos e por acreditar que o “acordo” com o candidato “não iria dar em nada”, a paciente afirma que fez apenas alguns exames. A maior parte deles, não fez. “É tão difícil a gente conseguir”. Porém, em fevereiro de 2009, ela disse que recebeu um telefonema do secretário parlamentar Hector informando que a consulta de retorno tinha sido agendada para dali a poucos dias.

Para conseguir cumprir o protocolo pré-operatório, Mirina pagou para fazer a maior parte de exames e consultas. Pagou pela consulta com o cardiologista, que já incluiu o eletrocardiograma e o ecocardiograma. Pagou metade dos valores referentes à realização da radiografia e da endoscopia. A outra metade, segundo ela, foi paga pela Prefeitura (não soube precisar a origem deste pagamento, se por convênio ou relação de outra natureza). Arcou, também, com o valor integral da ultrassonografia e da consulta com o endocrinologista. Já os exames de laboratório e a avaliação psicológica, disse ter efetuado “pela prefeitura”.

Selene também recebeu apoio do secretário parlamentar, mas as relações político-partidárias organizadas na SMS, também seu espaço de trabalho, atuaram de forma a dificultar o acesso aos serviços da fase pré-operatória, que levou três meses para realizar. Apesar de ser servidora pública da Saúde (técnica de enfermagem), Selene disse que tentou agendar através da SMS, mas não conseguiu nada. “Eles só me enrolavam”.

Problematizei esta situação com a paciente, que esclareceu que naquele momento o prefeito do município era filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), ou “45”, como se referia, e ela era partidária do “15”, ou Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Como ela não atuou na campanha do candidato vencedor, os demais servidores, que realizavam os agendamentos naquele momento e “defendiam” a gestão, não agendavam as consultas e exames de que necessitava, sem que a causa ficasse explícita. Quando ela procurava alguém para fazer um agendamento, ouvia: “não tenho tempo agora”, “volta depois” ou “depois eu vejo”. Segundo Selene, foi neste contexto que ela começou a desenvolver hipertensão. É funcionária pública municipal há 25 anos e, por isso, se sentia desrespeitada.

Segundo ela, atualmente a situação está mais tranquila, pois o candidato de seu partido foi vencedor na última eleição e ela tornou-se diretora de Saúde. Afirma que, agora, ela procura não fazer com os seus colegas o que eles faziam com ela e com os pacientes, que na sua visão eram mal atendidos. “A gente procura fazer um tratamento diferente.”

No entanto, toda a realização dos exames pré-operatórios foi feita no contexto desta relação conflituosa, permeada por interesses político-partidários, tanto que quase todos os exames foram feitos em serviços privados pagos pela paciente com o apoio do esposo. Radiografia, endoscopia, ultrassonografia, exames de laboratório e endocrinologista foram pagos e feitos em clínicas particulares. A avaliação psicológica foi realizada por profissional da saúde do município. Diz ter conseguido pela prefeitura. Refere não ter sido solicitada a avaliação do nutricionista.

A avaliação cardiológica, a paciente diz ter agendado a partir de um “convênio” que as prefeituras do município da região mantêm com serviços privados. Segundo ela, este convênio está ligado a um consórcio intermunicipal: CIS-AMAUC⁴⁴. A partir deste “convênio”, a

⁴⁴ CIS-AMAUC é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense e segue as prerrogativas legais do SUS para assegurar a prestação de serviços de saúde especializados de referência e de maior complexidade em nível ambulatorial

SMS agenda o serviço em clínica particular conveniada, sendo que metade da despesa fica a cargo do município e metade a cargo do paciente. Esta consulta lhe custou R\$ 70,00. Segundo ela, este era o médico que já fazia o seu acompanhamento para hipertensão, e este formato de acesso é prática comum naquela região. O eletrocardiograma e o ecocardiograma foram pagos da mesma forma que a consulta.

Segundo Selene, outras foram as consequências relativas ao seu posicionamento político-partidário. No dia da consulta de retorno com o médico do HGCR para apresentar os exames, a paciente relata que o transporte foi oferecido pelo município. O carro tinha vindo buscar um paciente que recebeu alta hospitalar e a trouxe. Contudo, diante da dificuldade de deslocamento do veículo do município por uma distância tão longa, ela foi orientada a permanecer em uma casa de apoio mantida por um deputado em Florianópolis para retornar ao seu município quando a SMS organizasse com outro município uma “carona”. Ela disse que precisou aguardar uma semana, e esta carona nunca foi providenciada e que, novamente, ficou à mercê das relações partidárias, pois “nunca tinha carro, nunca tinha carona”. Disse que ela mesma pediu carona ao motorista do município de Concórdia para poder retornar.

Iris também menciona as relações de natureza clientelista para o acesso aos serviços da fase pré-operatória. A primeira consulta foi realizada no consultório particular do médico, conforme a orientação da servidora da policlínica de seu município. Quanto ao agendamento do retorno pelo serviço público, segundo o esposo de Iris, um amigo, hoje vereador, e a vice-prefeita do município lhe indicaram conversar com Lélia, uma assessora parlamentar. Fizeram contato telefônico com ela. A assessora parlamentar ficou de agendar a consulta de retorno para a paciente, mas, segundo o esposo, Lélia, por engano, marcou novamente no consultório particular e foi preciso pagar novamente R\$ 200,00. Seu primeiro atendimento no HGCR ocorreu com consulta marcada por Lélia, que os acompanhou até o hospital neste dia. Nesta ocasião, o médico apenas lhes entregou pedidos de exames que deveriam ser feitos

para a população dos municípios consorciados. Conforme a Resolução nº 01/2005 do Consórcio, que institui o sistema de credenciamento de profissionais de saúde na sua abrangência, está previsto que o pagamento dos serviços prestados pelos credenciados será efetuado pelo CIS-AMAUC, mediante apresentação do competente documento fiscal pelo credenciado. E no Art. 7º da minuta de contrato dos credenciados, consta que em nenhuma hipótese o credenciado poderá cobrar do beneficiário qualquer importância. Conteúdo disponível em: <<http://www.amauc.org.br>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

antes da internação (radiografia, exames de laboratório e eletrocardiograma).

Iris levou três meses para realizar os exames e as consultas da fase pré-operatória. “Era época de política e conseguimos mais rápido⁴⁵”, afirmou o esposo. Segundo eles, Lélia ajudou no agendamento da consulta com o cardiologista. O eletrocardiograma foi feito no hospital do município onde residem pelo SUS, assim como a radiografia. Em função do tempo de espera pelo serviço público, as consultas com o endocrinologista e a endoscopia foram feitas em serviços privados que, segundo eles, dispõem de “convênio” com a SMS e, desta forma, foi necessário pagar metade do valor. As consultas com o nutricionista e o psicólogo foram feitas junto ao CAPS do município.

4.2.2.4 A Primeira Trajetória

Para duas usuárias, a trajetória para acessar o serviço de cirurgia bariátrica já era conhecida e não se completou, demonstrando que o grupo de entrevistadas também contempla sujeitos cuja necessidade antes assumia o *status* de demanda reprimida, como certamente ainda se encontram muitos usuários.

Harmonia, há quatro anos, tentou realizar a cirurgia bariátrica no hospital de seu município pelo SUS. Segundo a paciente, duas pessoas foram operadas lá pelo SUS. Já tinha feito quase todas as avaliações e exames, quando, por último, em consulta o endocrinologista, este lhe informou que o SUS não mais pagava pela cirurgia naquele hospital e lhe indicou que pagasse em um serviço particular. Decepcionada, Harmonia nunca tentou realizar a cirurgia particular, “era muito caro”.

Nêmesis relatou que uma equipe do Hospital Universitário da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), no *campus* de Itajaí, estava realizando estas cirurgias sem custos aos usuários. No entanto, depois de fazer todos os procedimentos exigidos pela equipe daquele hospital e faltando apenas agendar a cirurgia, o médico, segundo ela, se desligou da instituição. Nêmesis lembra que o médico era muito exigente e que pedia aos usuários que fizessem, no mínimo, um ano de terapia antes da cirurgia. Além da terapia, durante um ano ela foi acompanhada também pelo nutricionista e pelo clínico geral da instituição. Os atendimentos exigiram que ela fosse até a universidade todos os dias durante um ano. Diz que era difícil porque o prédio era muito longe e tinha de caminhar

⁴⁵ Refere-se às eleições municipais que ocorreram em outubro de 2008.

bastante para chegar até lá. Avalia que este acompanhamento “não ajudou em nada” e, acima de tudo, não propiciou a realização da cirurgia. Engordou mais depois de desistir. Alguns exames, fez por meio de agendamentos através da UBS, tendo de ir algumas vezes a Itajaí e a Blumenau, onde os serviços eram credenciados.

Depois que o médico deixou o hospital, Nêmesis disse que desistiu de tudo. Ficou cinco anos sem procurar o serviço. Segundo ela, no seu caso é muito difícil conseguir um médico “que faça”, pois tem hipertensão, diabetes e colesterol alto. Afirma que “é difícil. É caro. Eu não sei como é que eu consegui aqui”.

4.3 SUJEITOS E RELAÇÕES

O presente item objetiva apresentar os principais sujeitos e em que medida a relação com eles estabelecida influencia o acesso e a utilização do serviço de saúde estudado. Algumas situações descritas no capítulo anterior já trouxeram diferentes aspectos desta relação, por isso, pretende-se dar ênfase e trazer pontos novos para possibilitar uma maior compreensão do papel desses sujeitos.

4.3.1 A Família

A família é conhecidamente a primeira instância de promoção da proteção dos indivíduos. Realizar uma cirurgia é um evento que acaba exigindo a participação da família em diferentes circunstâncias, desde o apoio à tomada de decisão à realização do procedimento, até os cuidados nos pós-operatório. Isso exige articulação dos membros da família, dispensar esforços, enfrentar dificuldades e participar das diferentes estratégias voltadas ao atendimento das necessidades de um de seus membros que emergem nesta circunstância. A proposta neste item é fazer algumas delimitações sobre como a família interagiu no processo de acesso e utilização do serviço.

Quase todas as usuárias estavam acompanhadas de familiares durante a internação. As famílias também eram mencionadas quando se questionava às usuárias a quem dedicariam algum agradecimento. Quem estava sozinha, aguardava a chegada de um familiar. Filhas, mães, irmãs e esposo eram os mais presentes e se revezavam com outros parentes no cuidado.

Os familiares foram muitas vezes os responsáveis pelo transporte das usuárias, o que no caso daquelas procedentes de municípios mais distantes e de outras regiões é de responsabilidade das

secretarias municipais de saúde. Em consequência da indisponibilidade do serviço ou de não haver tempo hábil para se chegar ao hospital, os familiares se responsabilizaram em realizar o transporte das usuárias.

A dificuldade de permanência dos familiares acompanhantes foi mencionada por algumas usuárias. No momento da entrevista, a irmã de Selene estava hospedada em uma casa de apoio da cidade mantida pelo deputado Armínio, o mesmo cujo assessor providenciou sua consulta. Segundo a paciente, lá, as acomodações são melhores. Os familiares de Nêmesis, procedente de Navegantes, permaneceram em um hotel no dia em que a usuária foi internada. Como relatou, não havia acomodação adequada no quarto onde permaneceu.

Os membros das famílias das usuárias são importantes quanto ao apoio que prestam à decisão de realizar a cirurgia. Mas o contrário também ocorreu. Iris, por exemplo, relatou que a filha não queria que ela fizesse a cirurgia. Quando questionada sobre as dificuldades que considera ter enfrentado, Mirina relata que foi complicado “convencer” os filhos a “deixá-la” fazer a cirurgia. Ela tem uma filha menor de idade e outras duas maiores casadas, e elas, assim como o esposo, não gostariam que fizesse o procedimento. Até o momento da entrevista, o termo de responsabilidade e autorização para cirurgia não tinha sido assinado. Este foi um dilema para Mirina, que fala que o esposo, que veio acompanhá-la, provavelmente irá assinar. Nêmesis relatou que a mãe “não quer ouvir falar” que ela vai fazer a cirurgia. Agora o esposo “foi obrigado” a aceitar, “porque não tem outro jeito e eu sou persistente”.

As famílias participam das trajetórias e nas expensas relacionadas ao acesso aos serviços necessários para a fase pré-operatória da cirurgia bariátrica. A mãe de Sofia, por exemplo, providenciou o agendamento da primeira consulta com o especialista; o esposo de Nêmesis também auxiliou no agendamento dos exames e das consultas da fase pré-operatória. A forma comum foi a de ajudar a custear os procedimentos realizados em serviços privados. No caso de Febe, a mãe não queria que realizasse a cirurgia, mas efetuou o pagamento pelo atendimento com o profissional de Psicologia, assim como o esposo de Nêmesis.

Theodora necessitou fazer uso de medicação para o tratamento referente ao *H. Pylori*; como a medicação indicada não era padronizada pelo SUS, a irmã a ajudou a adquiri-la. Afrodite recebeu ajuda de familiares para adquirir a medicação para tratamento do *H. Pylori*, que custou cerca de R\$ 200,00 e também para realizar uma das duas endoscopias que precisou fazer. Ela resolveu pagar o exame, pois

demoraria cerca de um ano para agendá-lo pela UBS. Dirige seus agradecimentos aos familiares que a ajudaram a pagar o exame.

A iniciativa de recorrer ao serviço privado geralmente está ligada à conhecida demora de atendimento pelo SUS. June pagou com a ajuda do esposo a consulta com o cardiologista, assim como o eletrocardiograma e o teste de esforço solicitados pelo especialista. Se não fizesse a consulta particular, teria de aguardar quatro meses por atendimento. Sobre os pagamentos das consultas, Iris e o esposo relatam tê-los feito com seus rendimentos; porém, muitas vezes esperavam o dia do recebimento do salário para poder contar com o dinheiro de consultas ou exames.

De outra forma, grande parte das pacientes, mesmo as que relatam a participação de familiares no custeio, demonstra ter mantido uma relação individualizada com os serviços de saúde. Harmonia, por exemplo, relata ter providenciado “tudo sozinha” num período de seis meses. Em alguns casos, essa questão parece associada ao fato de a família não desejar que a cirurgia seja feita. A família de Métis, a princípio, não queria que ela fizesse a cirurgia. Ela fez todos os contatos e os agendamentos sozinha por meio da UBS. Segundo Febe, houve pouca receptividade da família na realização da cirurgia. Ela mesma se ocupou dos agendamentos.

O fato de os familiares já manterem relação com serviços e profissionais de saúde de alguma forma colaborou para o acesso e a utilização de alguns serviços que levaram as usuárias à realização da cirurgia bariátrica. June, moradora de Criciúma, relata que, junto com sua irmã, foi procurar um médico que esta conhecia no município de Sombrio, onde a irmã mora, para pedir-lhe prescrição de medicação para inibir o apetite. Nesta consulta, que foi agendada pela irmã, o médico a orientou procurar o serviço de cirurgia bariátrica. Fez o encaminhamento para agendar. Por conta da facilidade para o acesso, June afirma ter realizado duas endoscopias como usuária do município vizinho, Sombrio. A paciente relatou que, como sua irmã reside neste município, ela conseguiu o agendamento do exame, que demoraria muito pelo município de Criciúma. Sobre quem agradeceria, a paciente menciona a irmã, que a estimulou a procurar pela cirurgia, que ajudou nos agendamentos e a ajudou a conseguir o transporte também. Por último, June afirmou que o transporte para internação em Florianópolis foi realizado pela SMS de Sombrio. A irmã conseguiu agendar pelo seu município, pois June não conseguiu em tempo hábil através de Criciúma.

A relação que a tia de Circe mantinha com o serviço de saúde de São João Batista foi considerada por ela como uma facilidade. Segundo Circe, ela foi morar com a tia em São João Batista havia pouco tempo e ela a ajudou muito. Como reside lá há mais tempo, a tia conseguia providenciar os agendamentos. Quanto aos agradecimentos, a paciente fez a seguinte declaração: “Primeiro a Deus, depois à minha tia e depois ao SUS, né? Porque se não fosse através dele eu não conseguiria. Iria morrer gorda”.

No relato de Giles, filha de Têmis, também ficou claro como foi importante para o acesso da mãe aos serviços o fato de ela já ser usuária dos serviços que a mãe utilizaria. Têmis iniciou acompanhamento no HU há cinco anos com a equipe de endocrinologia para tratar diabetes. A filha relata sempre ter vindo às consultas com a mãe. Giles já fazia acompanhamento com este especialista do HU e pediu ao profissional que também atendesse sua mãe.

Giles diz que foi ela quem se ocupou dos agendamentos para avaliação pré-operatória da mãe. Quanto à avaliação do caminho para acessar o serviço de cirurgia bariátrica, Giles acredita que toda a sua experiência foi fator de facilidades para mãe. Giles já realizou a cirurgia bariátrica neste mesmo hospital. “Tudo o que eu passei aqui eu trouxe pra ela”. Acredita ter “mais conhecimento”. Uma prima também fez a cirurgia e, segundo ela, “seguiu meus passos”.

4.3.2 Os Trabalhadores da Saúde

Os profissionais da saúde também têm papel fundamental para algumas usuárias no que se refere ao processo de realização do acesso ao serviço de cirurgia bariátrica, principalmente no acesso e utilização dos serviços de saúde relativos à fase pré-operatória. Hebe recebeu ajuda da nutricionista para agendar a consulta com o cardiologista. Segundo ela, a profissional “viu que eu tava muito ansiosa e desesperada” e fez com que os profissionais que trabalham na marcação lhe incluíssem num mutirão organizado pela Secretaria Municipal de Saúde para consultas com este especialista. Para Afrodite, a participação da assistente social da unidade de saúde central do município foi definitiva para agendar a ultrassonografia de abdômen. A partir do pedido do médico do HU, no qual constava a palavra “urgente”, a pedido de Afrodite, a profissional providenciou o agendamento.

Frente à contraindicação do psicólogo do CAPS para a realização da cirurgia, Métis recebeu apoio do endocrinologista com quem consultou para conseguir o atendimento com o psicólogo. Ele

conhecia uma profissional da cidade vizinha (Criciúma) que, a seu pedido, atendeu a paciente pelo SUS. Quando questionada a quem agradeceria, Métiis fala do médico endocrinologista por ter conseguido ajudar no atendimento com a psicóloga, que era sua amiga.

Diana, sabendo que era demorado o agendamento para consulta com o cardiologista, em consulta com a médica da UBS, pediu seu apoio para que os funcionários da UBS agendassem seu pedido com prioridade. Ela disse que reclamou à médica sobre o seu sofrimento, das dores que sentia e da urgência de sua condição. A médica solicitou aos funcionários que fosse agilizada a marcação. Além da médica, outra funcionária da unidade de saúde a ajudava acelerando o agendamento das consultas. Quando perguntada, a paciente informa que agradeceria aos médicos, que foram atenciosos, e à servidora da UBS que trabalhava na marcação, assim como à sua filha, que a acompanhava em seus atendimentos.

June precisou recorrer ao coordenador da unidade básica de saúde. Deste, conseguiu apoio para realizar os agendamentos, as consultas e os exames evitando a conhecida demora para a continuidade no processo pré-operatório, como atraso no retorno e a perda da validade de exames já realizados.

A atuação do trabalhador na busca de dar agilidade ao processo de atenção almejada pela paciente pode ocorrer de outra forma. Foi na policlínica de seu município que Iris recebeu de uma funcionária a orientação de pagar pela primeira consulta no serviço particular ofertado pelo médico do hospital público para que sua cirurgia ocorresse mais rapidamente. A própria funcionária lhe forneceu o número do telefone do consultório do médico e, em 10 dias, conseguiu consultar. A orientação foi fornecida depois que a usuária procurou a referida unidade de saúde para verificar a situação de seu pedido de agendamento com a equipe de cirurgia bariátrica. Segundo ela, a funcionária afirmou que o pedido “voltou” e deu prosseguimento ao atendimento fazendo a orientação. Feita a primeira consulta no serviço privado, o esposo de Iris afirmou que um amigo, hoje vereador, e o vice-prefeito do município lhe indicaram conversar com uma assessora parlamentar para conseguir dar continuidade ao atendimento pelo SUS. Então fizeram contato telefônico com a assessora que, além de agendar o retorno para consulta com a equipe de cirurgia bariátrica, também providenciou a consulta com o cardiologista.

4.3.3 Agentes Clientelísticos

Como também já foi possível observar nos relatos acerca das trajetórias e arranjos das usuárias para acessar os serviços que compõem a avaliação pré-operatória da cirurgia bariátrica, é relevante o papel que os assessores parlamentares desempenham. Na situação apresentada por Iris, a assessora parlamentar ficou de agendar a consulta de retorno para a paciente, mas, por engano, marcou novamente no consultório particular do médico e foi preciso pagar novamente o valor da consulta. A assessora parlamentar acompanhou Iris e o esposo até o hospital em que providenciou o atendimento.

Sofia afirmou que foi ela quem se ocupou dos agendamentos e contatos necessários no processo da cirurgia. Porém, segundo ela, o assessor parlamentar Hector auxiliou em uma orientação sobre a marcação do retorno. Ele acompanhava as pessoas da região no dia da consulta e a orientou a deixar o retorno agendado. De outra forma, ele sabia que só havia vaga para muito tempo depois.

O relato de Selene sobre a participação do assessor parlamentar já foi resgatado no item anterior. Assim, questionada sobre a quem agradeceria, Selene lembra de Hector, o assessor parlamentar que conseguiu seu agendamento, visto que eles também tinham trabalhado juntos. Assim como para Selene, na situação apresentada por Mirina, o mesmo assessor parlamentar teve papel relevante no alcance dos serviços e atendimento necessários para a cirurgia. Antes dele, o candidato a vereador aparece como sujeito que poderia lhe facilitar o acesso à cirurgia bariátrica, desde que pudesse pagar pela primeira consulta. As consultas de retorno, segundo ele, seriam realizadas pelo SUS. Hector providenciou tal agendamento junto ao hospital, sem que ela tivesse despesas, conforme prometido. Ainda foi ele quem a levou ao consultório do médico na primeira consulta no serviço privado, que, depois, lhe atendeu no hospital público em consulta agendada por Hector.

De outra forma, para Nêmesis, a participação da figura do “político” no acesso ao serviço de cirurgia bariátrica se materializou a partir da carta que enviou ao secretário de Estado da Saúde, cerca de dois anos antes de sua internação para realizar a cirurgia. A carta, enviada também ao apresentador de televisão “Ratinho” e a um deputado federal, fez com que, após uma semana, o secretário lhe telefonasse dizendo que a consulta com o cirurgião estava agendada. Quanto a quem agradeceria, Nêmesis afirma: “a quem conseguiu me botar aqui”. Ela cita a secretário estadual da Saúde e a sua secretária, que marcou a consulta e a trouxe no hospital no dia da primeira consulta.

4.4 TEMPO, FLUXOS, DIFICULDADES: OUTRAS QUESTÕES PARA O ACESSO

Ainda no contexto da primeira consulta, depreendem-se outros fatores relevantes que marcam as trajetórias e das quais revelam problemas e características da organização deste sistema. Para Hebe, foram seis meses de espera, e esta considerou o tempo como adequado, não identificando esse fator como problema ou como dificuldade. Theodora obteve consulta oito meses após a solicitação na UBS. Para Métis, levou um mês e meio até que realizasse a primeira consulta no hospital.

June relatou que, após quatro meses, aconteceu a primeira consulta com equipe de cirurgia bariátrica, e esta foi no HGCR, porém o atendimento neste hospital foi conturbado. Refere que a princípio foi negado seu atendimento, e funcionários do hospital disseram que seu nome não estava na lista de pacientes agendados, pois não são atendidos usuários da região onde reside, o que não condiz com o fluxo de encaminhamentos aprovado pela CIB. De posse de comprovante de agendamento, a paciente insistiu em ser atendida. Afirmou que teve de brigar. Após insistir, a usuária disse que o médico aceitou atendê-la.

Considerando que foi mal atendida, June disse que não queria retornar àquele hospital. Então foi à SMS de Sombrio e pediu agendamento para outra instituição. Relatou o ocorrido no HGCR. Segundo ela, a secretária de Saúde ligou para o HU para solicitar uma consulta, mencionou o que ocorreu no atendimento da paciente no HGCR, e só então conseguiu um agendamento para um mês depois.

Diana relatou que foi necessário que médico da UBS fizesse por três vezes o pedido de agendamento para a consulta especializada. Ela não soube informar com precisão o que ocorrera, mas que foi necessária insistência e seu acompanhamento quanto ao agendamento. A primeira consulta foi agendada para o HGCR. No entanto, o presente hospital, tal como June, não aceitou atendê-la, sendo esta da mesma forma orientada de que o serviço não atende pacientes de sua região. Sem ser atendida, a paciente retornou à UBS e solicitou um novo agendamento para consulta, que, desta vez, ocorreu no HU.

Para Métis, uma das dificuldades foi conseguir realizar a endoscopia digestiva. Todos os exames e pareceres estavam prontos e ela ainda não tinha conseguido realizar esse exame. Demorou 40 dias. Acredita que foi rápido providenciar os exames e pareceres médicos. Foi possível contar com assistência total pelo SUS.

Nêmesis, que conseguiu acessar o serviço de cirurgia bariátrica a partir de uma carta ao secretário de Estado da Saúde, avalia este processo como “difícil. É caro. Eu não sei como é que eu consegui aqui”. Nêmesis levou um ano e dois meses para realizar os exames e consultas, já que o médico havia informado que não poderia fazer nenhum procedimento por serviço privado. Ao retornar, soube que poderia, sim, realizar atendimentos em serviços privados e, ainda, depois do último retorno, aguardou seis meses pela cirurgia e, como o dia de internar coincidia com a data de um feriado, a usuária teve de aguardar mais sete meses para se internar e, assim, fazer a cirurgia. Não soube informar o motivo.

Febe aguardou três anos para realizar a cirurgia e, por isso, achou que não iria conseguir. Esta, segundo ela, foi sua maior dificuldade. A usuária, mesmo questionada, não problematiza as questões que são mais comuns com relação às dificuldades enfrentadas por pacientes do SUS, como demora, falta de informações. Segundo ela, não vivenciou outras dificuldades e fez a seguinte afirmação: “Eles fazem o que eles podem”.

Após avaliação com o médico da UBS, Circe foi encaminhada ao endocrinologista, e este atendimento demorou cerca de seis meses para acontecer. Tento problematizar possíveis dificuldades ou barreiras para acessar recursos e serviços relativos à cirurgia bariátrica, e Circe disse não ter vivenciado nenhuma. Aguardou cerca de um ano na fila de espera para fazer a cirurgia. Entre a primeira consulta e o retorno para apresentar os exames, se passaram sete meses. Em nenhum momento pensou em desistir e não achou que não iria conseguir. Fez um relato que demonstrou problemas na disponibilidade de informações sobre os serviços e fez a seguinte afirmação: “Tem que se acostumar, o SUS é assim”; “Se tu não tem dinheiro, é assim”.

O pedido de consulta com a equipe de cirurgia bariátrica de Rodhe foi entregue na UBS para providenciar o agendamento, e a consulta levou três meses para acontecer. A usuária achou o tempo adequado, não identifica este como problema ou como dificuldade. Selene, mesmo trabalhando na área da saúde, preferiu evitar a “burocracia”, contatou o assessor parlamentar para agendar sua consulta com a equipe de cirurgia bariátrica. Precisou pagar por quase todos os procedimentos em função das intransigências de cunho político-partidário e utilizou também o “convênio” da prefeitura com serviços privados para realizar procedimentos pela metade do seu valor: metade da despesa ficando a cargo do município e metade, a cargo do paciente. Questionada sobre quais as principais dificuldades que enfrentou, Selene

afirma que não identifica nenhuma, sem contar as intransigências de cunho partidário. Pergunto sobre a questão do tempo ou demora, e ela disse que achou que foi rápido, apesar de ser mais fácil resolver aqui do que “por lá”.

Para Selene e Mirina, quando o assunto é o tempo decorrente para a primeira consulta, realização dos exames e demais consultas, bem como o tempo em fila de espera da cirurgia, elas comentam que tiveram sorte. Resgatam um programa de televisão que acompanha irmãos gêmeos portadores de obesidade mórbida em seu processo de realização de cirurgia bariátrica. A “sorte” é lembrada pelas pacientes porque os gêmeos estavam há cinco anos aguardando a cirurgia. Quanto a quem agradeceria, Mirina fala de Deus, primeiro, e de Hector, o mesmo que conseguiu marcar seu retorno no HGCR a pedido do candidato a vereador.

Para Iris, apesar de procurar o primeiro atendimento no consultório particular do médico para agilizar a realização da cirurgia, teve de aguardar um ano e três meses na fila para realizar a cirurgia, que foi feita no dia anterior à entrevista para o presente trabalho.

Segundo Diana, foram necessários insistência e também o seu acompanhamento quanto ao agendamento da primeira consulta com a equipe de cirurgia bariátrica. Relata, entre as dificuldades vivenciadas, a demora do agendamento da primeira consulta para o hospital, que levou cerca de dois anos e, depois, de realizar todos os exames, o que, segundo ela, foi cansativo. Diana, em alguns momentos, achou que não iria conseguir, pois conhecia pessoas que tentaram realizar a cirurgia, e, para elas, foi muito difícil conseguir os serviços, exames e consultas, sendo que algumas delas desistiram.

Theodora também relata a demora e a grande demanda de agendamentos, realização de consultas e exames. Relata também como dificuldade a demora de dois a três meses para realizar cada exame. O termo “demora” é mencionado quando a usuária faz uma rápida avaliação sobre os diferentes momentos que antecederam a realização da cirurgia. Aguardou na lista de espera por dois anos.

Sofia também afirma que, em seu município, o atendimento com os especialistas é muito demorado. Ela comenta sobre a organização dos serviços de saúde do município: “lá tem que ir às três horas da manhã na fila para conseguir”.

June levou cinco meses para realizar todos os exames e consultas necessárias para o pré-operatório. Considerou demorado quando comparou com a situação vivenciada por um amigo que fez tudo

pela rede privada. Segundo ela, o amigo precisou de pouco mais de uma semana para fazer os procedimentos.

June relata que pensou em desistir pela demora, pelo cansaço e desgaste por tanta procura, agendamentos e realização de exames. Também achou que não iria conseguir por saber que existe muita demora e a fila de espera é grande. Assim, as principais dificuldades que eleger neste processo é a demora e a indisponibilidade de informações sobre a cirurgia, já que “teve que correr atrás de tudo sozinha”. June diz ter procurado informações em livros e na internet, assim como Sofia e Afrodite, que relatam ter assistido a vídeos sobre a cirurgia e depoimentos na internet de pessoas que fizeram a cirurgia.

Têmis, a partir de sua filha, Giles, nos apresentou uma situação excepcional pelo fato de ter decidido fazer a cirurgia bariátrica a aguardar a cirurgia para retirada da vesícula em função do menor tempo de espera. E, dada a opção, conforme o relato de sua filha, a avaliação cardiológica fora realizada através de agendamento pelo município por vontade da paciente. A distância, segundo ela, foi o motivo de não fazer o atendimento pelo protocolo do HU. No entanto, a consulta levou quatro meses para ser realizada.

Quanto às principais dificuldades enfrentadas para conseguir a cirurgia, Giles, filha da usuária e entrevistada, aponta que, em Laguna, seu município de origem, é muito demorado conseguir uma consulta médica com especialista. “Tem que aguardar malote, pedidos [...]”. Relata que ela mesma teve de esperar seis meses para consultar um neurologista, uma vez que, como avalia, a sua situação exigia um atendimento mais rápido. Giles ainda fala que tentou fazer a cirurgia bariátrica em Porto Alegre quando lá morou. Enquanto pelo HU já realizou a cirurgia, pelo pedido de consulta que deixou em Porto Alegre ainda não foi chamada.

Destacou-se do relato de Harmonia o fato de ela ter realizado apenas a consulta com o endocrinologista pelo protocolo do HU. Ela explica que foi orientada sobre essa oportunidade, mas optou em tentar pelo município para não ter de realizar tantas viagens. Ao problematizar sobre o tempo de realizar todas as consultas e exames, Harmonia afirma: “a demora foi normal”. Questionada se já tinha vivido experiência parecida para conseguir algum serviço de saúde, ela diz que sim. Harmonia já realizou oito cirurgias, por isso não “estranha” a internação e os percalços; contudo, segundo ela, esta foi a cirurgia mais complicada de conseguir, o que, para ela, se justifica pelo fato de a cirurgia bariátrica ser uma opção da pessoa: “esta [cirurgia] é opção da gente, não é opção tanto médica”, “o paciente decide fazer”, o contrário das

outras cirurgias que já realizou, que, como apontou, não dependiam de sua vontade.

5 TRAJETÓRIAS DE ACESSO E TEMAS PARA O DEBATE

Neste momento o objetivo é apresentar as principais contribuições que a pesquisa desenvolvida trouxe a partir dos relatos das usuárias de um serviço de saúde de alta complexidade sobre o acesso e a utilização. Cabe salientar que a proposta é tratar como o direito a saúde se expressa concretamente na vida dos usuários na forma do acesso aos serviços e identificar e analisar as trajetórias e estratégias desenvolvidas, bem como os recursos utilizados para acessar a cirurgia bariátrica no SUS.

O presente capítulo apresenta uma sistematização das trajetórias das dezesseis usuárias entrevistadas do serviço de cirurgia bariátrica, que, para ser realizada, depende de que o usuário acesse e utilize outros serviços de saúde incluindo os da atenção primária e os de média complexidade, de caráter público ou privado, como se demonstrou. Estão dispostos, também, neste capítulo, os eixos eleitos como os mais relevantes para análise dessas trajetórias.

Procura-se pensar criticamente a relação que as usuárias mantiveram com os serviços em aspectos relativos à organização e manutenção dos sistemas de serviços de saúde, da lógica da familiarização e do clientelismo no âmbito das políticas sociais e a operacionalidade do direito no âmbito da saúde no Brasil.

5.1 AS TRAJETÓRIAS DE ACESSO À PRIMEIRA CONSULTA

A sistematização e a síntese das trajetórias das usuárias para acessar o serviço de cirurgia bariátrica apontam que são diferentes as formas de acesso, assim como existe uma múltipla combinação no uso de serviços por parte das usuárias para que, desse acesso, se alcance o atendimento de uma necessidade. Para demonstrar esse processo, foram identificados os pontos de inflexão das trajetórias analisadas, de acordo com a organização do processo de prestação dos serviços de saúde, e baseiam-se no acesso à primeira consulta no hospital centro de referência e, posteriormente, na fase pré-operatória. Nesta fase, destacam-se os principais serviços utilizados, o segmento do sistema e a complexidade a que pertencem; bem como são indicadas a combinação de uso de serviços e a participação dos diferentes sujeitos, entre eles os trabalhadores da saúde, a família e os agentes clientelísticos. Ilustrações

foram organizadas nesta perspectiva e suas legendas estão dispostas em Apêndice (Apêndice B).

A discussão das trajetórias em dois momentos está associada à necessidade de se avaliar como os recursos e as estratégias são utilizados e como se modificam à medida que os serviços são requeridos e a possibilidade de utilização destes vai confrontar-se com a demanda que trazem. Trata-se, também, de uma opção metodológica que visa permitir a observação das similitudes e dos pontos marcantes abstraídos dos relatos das entrevistadas.

É preciso considerar-se, ainda, que tanto o **acesso à primeira consulta com a equipe de cirurgia bariátrica**, como o **acesso e utilização dos serviços da fase pré-operatória** acontecem a partir da lógica preconizada pelos serviços, como a partir de estratégias desenvolvidas pelos usuários para enfrentarem as barreiras ao acesso, que se constituem em diferentes dimensões. Assim, explica-se a variação do uso a partir do acesso ao serviço (DONABEDIAN, 1988).

Muitas vezes, o acesso aos serviços corresponde ao circuito preconizado pelo modelo assistencial e pelas normas que orientam a atenção ao paciente portador de obesidade grave – que consiste em atenção básica, seguida, se necessário, de um parecer de outro profissional, podendo este ser da atenção de média complexidade, e no atendimento de alta complexidade, como na situação relatada por Métilis. Ou, ainda, na atenção básica precedendo o atendimento de alta complexidade no centro de referência. Logo, estas trajetórias que obedecem à ordem e à sucessão hierárquica do sistema, tal como instituem as legislações e as normas do sistema, constituiriam as **trajetórias preconizadas** (Ilustração 1). Os quadros a seguir ilustram estas trajetórias a partir das entrevistas realizadas.

Em outros casos, a direção dos acompanhamentos e atendimentos realizados com médicos especialistas, conforme mencionado pelas entrevistadas Têmis e Theodora, teve participação determinante na opção pelo tratamento cirúrgico da obesidade. Estas situações apontam para a recondução das usuárias ao acesso a um novo serviço e constituiriam as **trajetórias redefinidas** (Ilustração 2). Contudo, a redefinição também ocorre por o serviço acessado não ser considerado “responsável” pelo devido encaminhamento da paciente na rede, como nos casos de Harmonia e Hebe, podendo ocorrer, ainda, pela impossibilidade de atendimento do hospital para onde a usuária foi encaminhada, determinando-o a outra unidade de atenção, tal como relatado por June e Diana.

Ilustração 1: Trajetórias Preconizadas

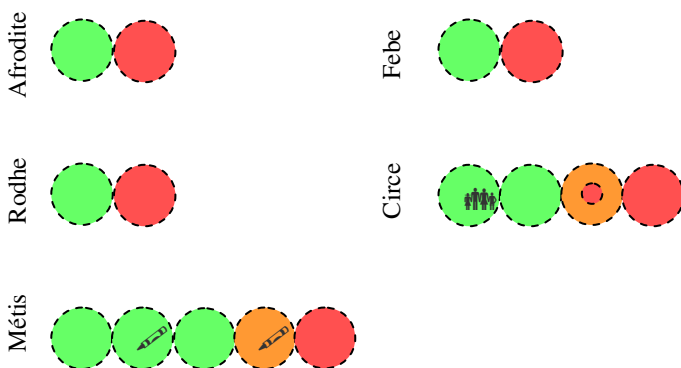
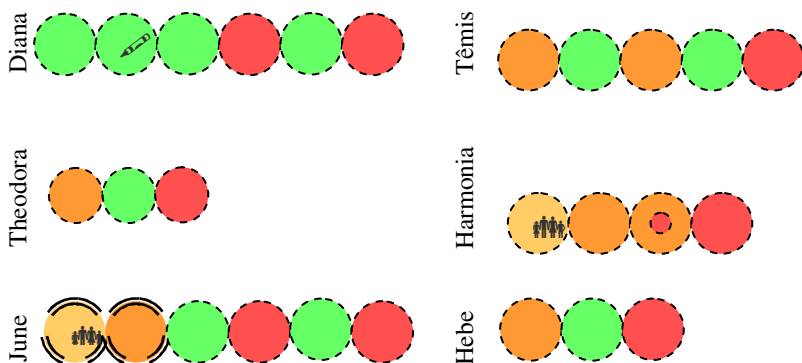


Ilustração 2: Trajetórias Redefinidas



Sofia aponta-nos uma trajetória que combina o uso dos serviços de saúde privados por meio do plano de saúde ao uso dos serviços públicos para que se efetive o acesso à equipe de cirurgia bariátrica. Neste caso, a combinação do uso dos serviços valeu-se do fato de a cirurgia bariátrica não ser coberta pelo plano de saúde, mas, sim, pelo SUS. A trajetória pode ser caracterizada como **trajetória de combinação por exceção** (Ilustração 3), que, pelo relato, advém da impossibilidade de acessar o serviço pelo plano de saúde do qual a paciente é titular. Desta forma, o SUS é o recurso e participa das

estratégias dos usuários para conformar o acesso. Aqui, a perspectiva da exceção tem em vista que os usuários de planos de saúde valem-se do SUS em uma situação singular e eventual, quando o plano não oferta o serviço.

Ilustração 3: Trajetória de Combinação por Exceção



Outra trajetória pode ser identificada no caso de Iris, que seria a **trajetória de combinação por exclusão** (Ilustração 4). Esta indica que o acesso ao serviço do SUS, mesmo sendo ofertado, não foi possibilitado, e a procura pelo serviço privado foi a estratégia e o recurso definidos para acessar a cirurgia bariátrica. A lógica da exclusão está presente uma vez que o SUS deveria garantir o acesso universal previsto na legislação. Neste caso, cabe ressaltar a participação de uma servidora da saúde no processo de exclusão e de um assessor de deputado para viabilizar o atendimento no centro de referência da rede pública.

A estratégia que vai possibilitar o acesso pode ser variada e recuperar a participação de diferentes sujeitos das redes de relações mantidas pelos pacientes⁴⁶. Na situação abordada, o acesso ao serviço público é garantido pelas relações de clientelismo e do particularismo que marcam as relações na esfera pública brasileira (VAITSMAN, 2002).

Ilustração 4: Trajetória de Combinação por Exclusão

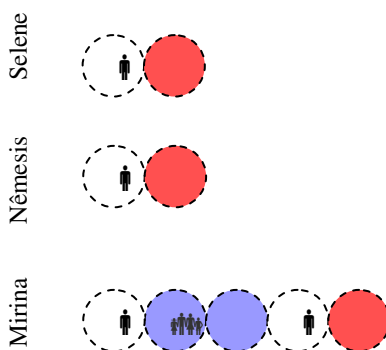


Essas relações, em algumas situações, adquirem centralidade no processo e conformariam outra trajetória para o acesso, ou seja, as

⁴⁶ Na situação relatada por Iris, o assessor do deputado foi o agente que operou o acesso ao serviço público. Na atuação como assistente social em um hospital de grande porte, é possível observar que, muitas vezes, os familiares, os amigos e mesmo os profissionais de saúde também desempenham este papel.

trajetórias por particularismos (Ilustração 5), tal como aparece nas situações relatadas por Selene, Mirina e Nêmesis. Essas trajetórias são relevantes se considerarmos não somente o acesso aos serviços públicos de saúde, mas o acesso aos serviços de assistência social e mesmo os de previdência social. Aqui, pode-se observar que a característica fundamental é a relação pessoal mantida com agentes clientelísticos e, como na situação apresentada por Mirina, pode também exigir a combinação do uso de serviços privados, não excluindo-se os públicos.

Ilustração 5: Trajetórias por Particularismos



As dimensões do acesso estão sobremaneira contempladas na constituição dessas trajetórias. Das elaborações teóricas tidas como referência neste trabalho, é possível afirmar que as trajetórias respondem às dimensões geográficas (as distâncias e os atrativos dos serviços, como sua reputação) e socio-organizacionais que envolvem todas as características dos recursos que facilitam ou dificultam a obtenção da atenção.

Dá se podem abstrair diferentes fatores, sendo sua maioria delimitada pelas condições de vida das usuárias. Fazem parte, como se observou, fatores de ordem econômica (envolvendo a possibilidade de efetuar o pagamento de uma consulta em serviço privado, por exemplo) ou culturais (que podem repercutir nas opções e no comportamento das usuárias, tal como exemplificado no relato de Selene, quando sua opção é a de procurar diretamente o assessor do deputado, o que não está desvinculado de uma perspectiva da ineficácia do sistema) (OPAS, 1978; UNGLERT, 1995).

Expressivas são também aquelas dimensões relativas à configuração e ao funcionamento do sistema de serviços de saúde, que incluem, como primeira condição, a distribuição de equipamentos e serviços, em que o acesso e a utilização acontecem como confronto entre os recursos oferecidos e a demanda conformada (COHN et al, 1991).

Se a demora do serviço público se confronta com a necessidade de uma resposta mais rápida, o serviço privado torna-se uma atraente opção. Por isso, nem sempre é possível que as trajetórias ocorram a partir do que prevê o modelo preconizado. Essas trajetórias, preconizadas, redefinidas, de uso combinado e de particularismo, são assim constituídas pela condição de acesso possível traduzindo e refletindo relações de maior amplitude que não podem fugir ao escopo do trabalho e que serão abordadas adiante.

5.2 AS TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA FASE PRÉ-OPERATÓRIA

A síntese das trajetórias referentes ao período pré-operatório segue a mesma perspectiva quanto às dimensões do acesso. O intuito é apontar como se concretiza o acesso aos serviços de saúde de alta complexidade. Por isso, importa ressaltar que, por mais que seja “facilitado” o acesso à primeira consulta com o serviço de cirurgia bariátrica, como nas trajetórias por particularismos, a fase pré-operatória vai assumir uma característica em que se destacam as **trajetórias de combinação** no acesso e uso dos serviços, incluindo as chamadas **trajetórias preconizadas**. As combinações são ligadas principalmente à organização do sistema, às barreiras e às possíveis facilidades e oportunidades no acesso e traduzem as estratégias adotadas pelas entrevistadas.

Na representação gráfica desta fase não se almeja que cada círculo represente a totalidade de serviços utilizados e sua natureza. Mas, sim, apontar, de modo geral, a complexidade e a natureza dos serviços utilizados de acordo com a sua predominância; a possível combinação na sua utilização; e a presença, quando essencial para o acesso, de sujeitos e grupos, como a família.

Nas **trajetórias preconizadas** (Ilustração 6), entendidas desta forma por restabelecerem o fluxo proposto para o SUS, o paciente retorna à UBS para providenciar o agendamento das consultas e dos exames solicitados. Contudo, nos cinco relatos que caracterizam trajetórias preconizadas estão presentes recursos, estratégias e

participação de sujeitos que de alguma forma vão viabilizar a sua consecução. Rodhe, por exemplo, foi beneficiada pela inserção prévia em um programa direcionado para portadores de diabetes e hipertensão. Métis recebeu ajuda de um médico para agendar a avaliação psicológica, assim como Hebe, para quem a nutricionista providenciou sua inclusão em um mutirão de consultas com cardiologista, última avaliação de que necessitava. Para Circe, a família foi fundamental para interagir com a equipe da UBS e providenciar o agendamento dos exames, além de fazer uso do protocolo do HU destinado ao atendimento dos pacientes do serviço de cirurgia bariátrica, tal como também utilizou Harmonia.

As demais trajetórias podem ser compreendidas pela combinação que as entrevistadas efetuam no que tange aos serviços de saúde que acessam e utilizam. Tais combinações podem ser simples ou múltiplas, como ilustram as figuras que seguem. As **trajetórias de combinação simples** (Ilustração 7) são aquelas em que as usuárias em algum momento acabam tendo de recorrer ao uso de serviços privados. Quatro das cinco situações relatadas mencionam a família como cofinanciadora do serviço privado, conforme relataram Febe, Diana, Theodora, Afrodite e June. Têmis contou com apoio da filha Giles para os agendamentos, o que não deixa de ser uma participação nas despesas da realização desta cirurgia. Recorrer ao profissional de saúde para obter apoio e realizar exames pelo SUS também foi a estratégia contemplada por Afrodite e Diana.

Ilustração 6: Trajetórias Preconizadas

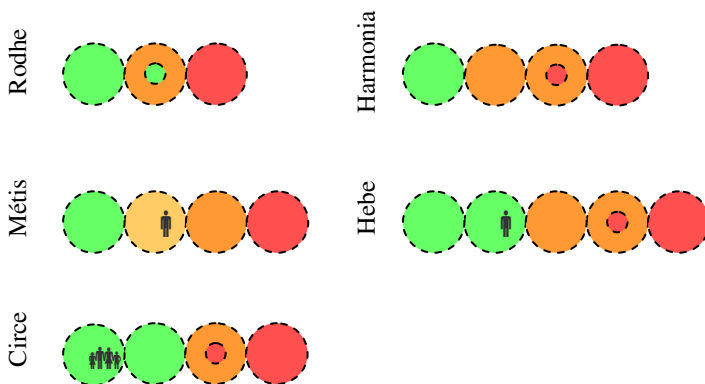
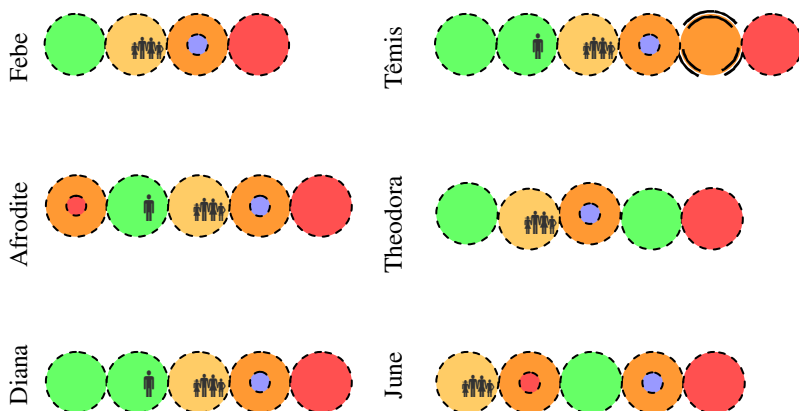


Ilustração 7: Trajetórias de Combinação Simples



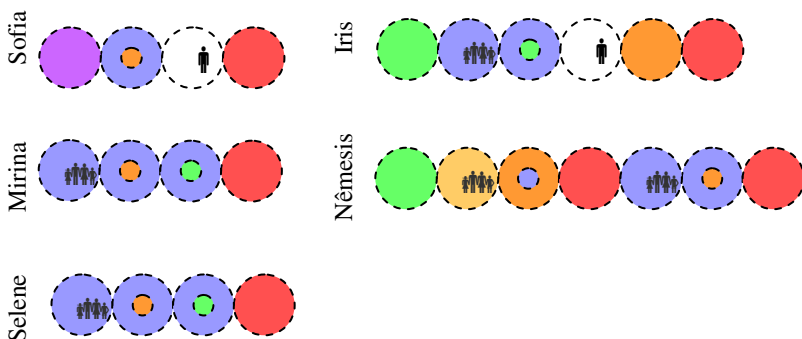
Entre as trajetórias preconizadas e as trajetórias de combinação simples estão as mesmas pacientes que, na primeira fase, relataram as trajetórias preconizadas e as trajetórias redefinidas. Das onze pacientes cujos relatos se caracterizam por trajetórias preconizadas tanto na primeira, como na segunda fase, e de combinações simples, na segunda, oito eram pacientes do HU. Já as cinco pacientes que têm as trajetórias marcadas pelas combinações e particularismos na primeira e segunda fase são do HGCR.

Outras composições são observadas nesta fase no que se refere à utilização dos serviços. Estas acabam por caracterizar **trajetórias de combinações múltiplas**, as quais estão associadas às trajetórias de combinação e por particularismos que marcam a primeira fase. Ou seja, as combinações da primeira fase se tornam mais complexas num segundo momento.

Os relatos de Nêmesis, Selene e Mirina, assim como os de Sofia e Iris, demonstram, por exemplo, a possibilidade de utilização combinada entre serviços públicos, “convênios de secretarias” e serviços privados, ou planos de saúde, serviços privados e serviços públicos. Coincide o fato de ser majoritário o uso de serviços privados. Neste contexto, as famílias também são primordiais no que concerne novamente ao apoio financeiro. Os trabalhadores de saúde não aparecem

nesta fase para este grupo, porém estão em evidência os assessores de deputados.

Ilustração 8: Trajetórias de Combinações Múltiplas



As trajetórias preconizadas, mais dependentes dos serviços públicos, foram feitas por mulheres que mencionaram menor renda familiar. As complexas, por outro lado, contemplam mulheres de maior renda familiar.

Portanto, os “custos” do acesso a um serviço de alta complexidade, delimitado pelo anterior acesso aos serviços de baixa e média complexidade, existe para os dois grupos: a demora e suas consequências – que podem levar ao aumento do peso ou à necessidade de repetir exames – e a elaboração de estratégias que contemplam a participação dos membros da família, de profissionais e agentes clientelísticos.

Cabe ressaltar também que, nas duas fases, nenhuma das trajetórias caracterizadas está alheia aos dilemas do sistema e das políticas sociais. O apoio da família e de profissionais evidencia que as barreiras estão presentes em qualquer fase, principalmente naquela associada ao tempo inadequado ou à demora e também às estratégias. Pois tanto marcar as consultas diretamente na SMS, em vez de agendá-las na UBS, como recorrer ao assessor do deputado para obter prioridade no agendamento compõem um cenário em que a operacionalidade do direito a saúde não se restringe ao conteúdo das normatizações que organizam o sistema de serviços de saúde. A renda, como já se afirmou, é variável importante, assim como o local de residência, tanto que aquelas pacientes que residem em municípios do interior do Estado

foram as que buscaram acesso a partir dos agentes clientelísticos. Assim, é no confronto com esta realidade que a conquista do direito se mostra dependente de outras estratégias elaboradas pelos usuários através da manipulação dos recursos disponíveis.

5.3 TEMAS PARA O DEBATE

A discussão e a construção de informações que podem circunstancialmente colaborar com a compreensão dos processos de saúde, no caso deste trabalho sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, deram-nos, até o momento, a possibilidade de levantarmos as trajetórias de usuárias, como estas se constituem e como se organizam. Reconhece-se que, a partir dos dados levantados, é possível a elaboração de outras formas de pensá-las. Mas é no contexto do que foi desenvolvido até agora que se quer, ainda, levantar algumas considerações acerca de relações, das estratégias e dos recursos utilizados pelas pacientes entrevistadas. Para dinamizar a abordagem, dividiu-se a discussão em quatro eixos: o sistema e os serviços de saúde, trabalhadores da saúde e o autogoverno, família, clientelismo e acesso aos serviços de saúde.

5.3.1 O Sistema e os Serviços da Saúde

As trajetórias assistenciais percorridas pelas usuárias permitem observar o quão relevantes para o acesso e uso dos serviços são os desdobramentos do constante “confronto” que caracteriza a relação com o nível formal dos serviços e sua oferta, ou seja, os serviços como nichos de poder, e o conjunto de relações que os indivíduos e as famílias estabelecem. Dos limites e das possibilidades desses “confrontos”, diferentes estratégias e recursos são adotados pelas usuárias para possibilitar o acesso a um serviço de saúde de alta complexidade. Das trajetórias caracterizadas, entre as dificuldades relacionadas aos serviços observa-se a da efetivação de um sistema de saúde público e universal que responda às necessidades das usuárias com eficácia e tempo adequados.

Atualmente, a segmentação é a marca do sistema de serviços de saúde brasileiro e afeta diretamente as condições de acesso aos serviços (MENDES, 2001). A sustentação ideológica desta clivagem tem base em pares de opostos: “usuários x consumidores, preventivo x curativo, rede básica x hospital, ações coletivas x ação individual, saúde pública x

medicina, liberdade de escolha *versus* controle e agilidade e eficiência *versus* burocracia, descaso, filas e regulação”. (SILVA, 2006, p. 09).

Mendes (2001, p. 102) defende que a segmentação reproduz problemas, entre eles a iniquidade “pelos diferenciais que os três segmentos apresentam em relação ao acesso quantitativo e qualitativo aos serviços de saúde”. Segundo o autor, a iniquidade aumenta à medida que se define uma sobreposição de demanda. Enquanto os pobres só têm direito ao SUS, os usuários do sistema de atenção médica supletiva (SAMS) e do sistema de desembolso direto (SDD) podem utilizar também o sistema público, como prevê a Constituição Federal de 1988.

Isso ocorre porque a classe média e os ricos, mais informados e com conhecimentos e relacionamentos pessoais com profissionais de saúde, atuam como *free riders*, ou caroneiros, tirando proveito das vantagens que o sistema público oferece, cobrindo os riscos catastróficos, os exames mais sofisticados e procedimentos e medicamentos mais custosos. A existência desses caroneiros é atestada pelo fato de que 43% dos portadores de planos e seguros de saúde utilizam-se do SUS eventualmente e 7% frequentemente (IBOPE, 1998) e que, segundo a PNAD/98, 6,3% das pessoas internadas pelo SUS declaram ter plano ou seguro de saúde. (MENDES, 2001, p. 103).

Entende-se que se para usuários do SUS a transposição de diferentes barreiras torna-se complexa, para os usuários de planos privados a realidade não é diferente. No caso da cirurgia bariátrica, tem sido grande a resistência das operadoras em autorizar a realização da cirurgia. Por isso, é grande o número de denúncias nos órgãos de defesa do consumidor e de processos judiciais requerendo dos planos a realização do procedimento. Geralmente as sentenças têm sido favoráveis aos titulares de planos com cobertura mais ampla. Contudo, grande parte dos usuários titulares de planos com cobertura para serviços menos complexos ou de baixo custo não obtém acesso à cirurgia bariátrica e procuram-no via SUS. Um “cenário de disputa” entre os usuários se instala, e este é desigual, pois certamente aqueles que são titulares de planos de saúde conseguem apresentar as avaliações em menor tempo, visto que as consultas e os exames são garantidos pela cobertura. Assim, materializam-se um exemplo da dualidade e

segmentação do sistema de saúde no Brasil e as desigualdades no acesso decorrentes desta realidade.

Outros problemas atrelados a esta realidade ainda são listados por Mendes (2001), dos quais destacamos:

- a) o conjunto da sociedade brasileira sustenta o uso de uma minoria aos sistemas de atenção médica supletiva e de desembolso direto, tendo em vista os subsídios e as renúncias fiscais em que está ancorado. O autor aponta para o efeito tipo *Hood Robin* no âmbito da política de saúde, ou seja, o que toma recursos dos pobres para dar aos ricos;
- b) a segmentação estimula o emprego múltiplo, e os conflitos de interesses são presentes (especialmente de médicos);
- c) a convivência entre o sistema público gratuito e os sistemas pagos estimula práticas de cobrança ilegal para prestação de serviços públicos. É a chamada “cobrança por fora”, que prejudica a população mais pobre e a imagem do sistema público, identificada no relato das usuárias que mencionaram os “convênios” que as prefeituras mantêm com os serviços privados;
- d) o sistema público é um lócus institucional para os pobres, tornando-se “lugar de baixa potência de vocalização política”, conforme expresso de forma clara por uma entrevistada: “Tem que se acostumar, o SUS é assim”.
- e) existe uma ineficiência sistêmica causada pela competição entre as empresas e os serviços privados que induz a uma demanda desnecessária de serviços com baixa utilização.

Para Santos (2009, p. 02), há um contraste entre o atendimento massivo de casos desnecessários e a existência de filas de espera desumanas e frequentemente letais, que pode ser observado no caso das entrevistadas que engordaram ainda mais em função do longo tempo demandado para a realização da cirurgia.

Além disso, os credenciamentos procurados pelos hospitais seguem predominantemente uma lógica de busca de maiores rendimentos. Observando a prática médico-hospitalar no Brasil, para Campos (1997, p. 54) fica evidente que:

a racionalidade clínica encontra-se subordinada àquela econômica, o que não impede, contudo, que haja uma busca permanente de compatibilização, dentro de certos limites, dos procedimentos técnicos à lógica administrativa,

sem o que, a médio prazo comprometer-se-ia a eficácia das ações e, em decorrência, a legitimidade técnica da instituição.

Para Conill e Fausto (2007, p. 60), o consumo de tecnologias em saúde segue interesses sociais e econômicos, “siendo que los derechos de acceso y de cobertura expresan el resultado de la negociación de reglas pactadas en cada sociedad en función de esas demandas”. Contudo, segundo as autoras, as pressões dos interesses se convertem em práticas efetivas dependendo das atividades de gestão, “que cumplen un importante papel de mediadores entre el nivel macro y el nivel micro social”.

Apesar de existir uma preocupação no nível de gestão com a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde, ainda é difícil superar a polarização entre o hospital e o ambulatório, a ausência de integração entre os pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema (MENDES, 2001a). O que se apreende com as informações levantadas na pesquisa é que aos pacientes são delegadas a construção dos pontos de integração e a superação das barreiras e dificuldades que se erguem em suas trajetórias. O que impera é a lógica da fragmentação da atenção à saúde, “onde cada ponto de atenção é uma peça solta de um quebra-cabeça”. (MENDES, 2001a, p. 73).

Nessa direção, as trajetórias das usuárias incorporam a utilização de serviços ofertados por outros municípios. A consulta, o exame, o transporte mais facilmente acessado em outro município apontam que as trajetórias incluem a circulação não prevista pelo sistema e, assim, a apropriação de espaços ou “territórios” que a princípio não lhe são destinados. Em muitos casos, os usuários fazem-se passar por moradores de outras localidades a fim de usufruírem de serviços de forma mais ágil.

No que se refere ao acesso aos exames e consultas de média complexidade cabíveis à segunda fase, a demora foi a principal dificuldade apresentada. Muito embora ela também faça parte da primeira fase, na qual uma paciente chegou a aguardar pela primeira consulta até vinte e quatro meses, como obtivemos por relato, na segunda fase o paciente torna-se o responsável por conseguir todas as avaliações necessárias e, assim, é “convocado” a participar da definição do tempo final desta etapa. Algumas pacientes conseguiram seguir trajetórias preconizadas, tal como na primeira fase, contudo à custa do longo tempo de espera.

De outra forma, o protocolo que um dos hospitais pesquisados criou para atender os pacientes na fase pré-operatória da cirurgia bariátrica parece ter contribuído para diminuir o tempo de espera. O que algumas pacientes levaram sete meses ou quatorze meses para realizar foi possível fazer em dois meses com o protocolo usufruído em sua totalidade, já que contempla apenas as consultas. A iniciativa, que é restrita a este espaço institucional e não prevista na política, resultou justamente da preocupação da equipe de cirurgia bariátrica pelo longo tempo que as pacientes levavam para retornar ao hospital com as avaliações requisitadas⁴⁷.

Embora importante, esta medida acaba beneficiando as usuárias que moram nos municípios mais próximos ao hospital. Algumas das pacientes procedentes de outras regiões, por sua vez, acabam utilizando o protocolo de forma residual, à medida que realizam no hospital apenas as consultas que são mais difíceis de conseguir através da SMS. As usuárias procedentes de outras regiões referenciadas acabam optando por realizar suas consultas pelos municípios de origem, evitando o deslocamento às vezes por distâncias tão longas. Aqui, as “resistências” são criadas pelo espaço e determinam a inacessibilidade por questão geográfica. Mas, em função de um “fator de atração” (DONABEDIAN, 1988), o acesso pode ser viabilizado incluindo alguma medida de esforço que possibilite, neste caso, que ao menos seja feita uma consulta que é de difícil acesso.

De outra forma, a demora no âmbito do SUS é terreno fértil para os serviços privados, visto que a utilização destes é grande marca em muitas trajetórias de pacientes na fase pré-operatória. No contexto desta pesquisa, as usuárias de menor renda familiar foram aquelas que mais utilizaram os serviços públicos, de certa forma, coincidindo com evidências destacadas nas produções sobre acesso, que apontam que a renda é um dos mais importantes fatores que influenciam o acesso, que permanece desigual entre os diferentes grupos sociais (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACAVA, 2006). Reafirma-se, assim, o que postulam Cohn et al (1991) sobre a existência de grupos condenados a elaborar a sua capacidade de utilização dos serviços.

O cenário de “escassez” de recursos, que define pontos de “estrangulamento” na oferta de serviços, principalmente quanto aos de média complexidade, que se expressam na demora, faz com que o serviço privado também seja utilizado. Na maioria das vezes ele é a última medida ou o último “esforço” das pacientes e das famílias que

⁴⁷ Informação obtida com o chefe da equipe médica de cirurgia bariátrica do HU-UFSC.

almejam ver uma necessidade atendida e dar a este percurso o desfecho esperado. Como afirma Mendes (2001), as indisponibilidades públicas têm como consequência a prestação de serviços em um “mix” público/privado.

Dados oficiais apontam que persistem problemas no acesso em todos os níveis de atenção: não têm acesso sistemático aos serviços 25% de portadores de tuberculose, hanseníase e malária; 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos; 90 mil pessoas sem acesso em tempo correto à radioterapia; e 10 milhões de obesos (BRASIL, 2008).

De outra forma, as pacientes mencionaram a utilização de serviços privados que mantêm “convênios” ou oferecem “descontos” a quem chega com encaminhamento do SUS, revestindo-se de legalidade ao operar em nome dos Consórcios Intermunicipais de Saúde⁴⁸, por exemplo. Esta situação corresponde ao que Santos (2004; 2009, p. 07) aponta como “táticas de sobrevivência” dos serviços privados. Segundo ele, esses serviços muitas vezes vão determinar a fragmentação da oferta, e o acesso às ações e serviços em cada nível de complexidade estaria fortemente ligado ao poder de pressão de diferentes segmentos sociais. Além disso, “os limites e interfaces entre o interesse e métodos de caráter público e o de caráter privado em nosso país encontram-se ainda extremamente indefinidos, obscuros e sem fóruns de representações legítimas da sociedade e Estado”.

Fatores organizacionais procuram garantir o desempenho adequado das práticas no SUS. A organização de redes descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas a partir de planos abrangentes confrontam-se no dia a dia com o poder cerrado nos serviços, que lhe permitem, por exemplo, negar atendimento ao paciente, mesmo este regulado pelo gestor estadual. Pode-se falar em uma certa autonomia da relação que o hospital mantém com a população atendida, o que pode tornar Termos de Compromisso letra morta, persistindo, portanto, incompatibilidades entre o plano legal e a prestação de serviços aos usuários.

5.3.2 Os Trabalhadores da Saúde e “Autogoverno”

No âmbito das trajetórias mencionadas e da relação que as

⁴⁸ Os Consórcios Intermunicipais de Saúde são “organizações privadas, constituídas pela ação cooperativa das Prefeituras Municipais de uma microrregião sanitária, para exercer, por delegação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, no âmbito daquele espaço, a gestão de certos serviços de saúde”. (MENDES, 2001a, p. 61).

usuárias estabelecem com os serviços, é imprescindível mencionar a relevante participação dos trabalhadores da área da saúde em tornar possível o acesso. Como identificou-se, muitas vezes cabe aos profissionais intermediar o agendamento de consultas e exames perante as dificuldades que elas encontram, principalmente na fase pré-operatória.

Viu-se que, diante da demora a ser enfrentada, as pacientes e seus familiares requerem diretamente aos trabalhadores auxílio para os agendamentos, ou, perante os relatos da angústia vivida para conseguir o procedimento necessário, o profissional intervém para que o atendimento se realize. Podem ser interventores o médico, o nutricionista, o assistente social, o coordenador de unidade básica de saúde ou qualquer servidor que interceda para que se propicie ou agilize o atendimento.

Merhy (1997) apresenta uma importante contribuição para embasar esta discussão ao tratar do trabalho nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde. Segundo o autor, qualquer contato entre um trabalhador e um usuário evidencia a produção de um processo de trabalho em saúde na perspectiva de “fazer a saúde”. Estes encontros entre usuários e trabalhadores contêm especificidades que lhe conferem características muito distintas. Envolvem o “trabalho morto”, expresso no conhecimento tecnológico estruturado, mas, em grande parte, o “trabalho vivo” ou o trabalho criador no âmbito das chamadas tecnologias leves⁴⁹.

As relações entre trabalhadores e usuários no contexto das tecnologias leves apontam que as práticas são pouco estruturadas e estão permanentemente diante da constituição de um “espaço interseçor” entre os envolvidos, onde a produção e o consumo da ação se fazem no mesmo momento. Este espaço interseçor é o “lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades”, é o momento em que se pode “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena (MEHRY, 1997, p. 95).

Neste espaço de encontro com o usuário, o trabalhador tem

⁴⁹ O termo “tecnologia” utilizado pelo autor não compreende apenas a ideia de equipamento tecnológico, mas contempla um “saber fazer” e um “ir fazendo” que também dão sentido ao que será ou não a razão instrumental do equipamento. Por isso, as tecnologias referentes ao trabalho em saúde podem ser classificadas em dura (equipamentos tecnológicos, normas, estrutura organizacional), leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, o taylorismo, fayolismo, a epidemiologia) e leve (tecnologias das relações do tipo produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho) (MERHY, 1997).

“certa autonomia para ‘decidir coisas’” à medida que o trabalho em saúde não pode ser totalmente capturado, o que vai determinar um “autogoverno” do trabalhador neste processo.

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o “modo de atuar”. Pois ele pode ter uma relação mais “acolhedora” ou não, pode decidir se “quebra o galho” daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços, e assim pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo em todo processo. (MERHY, 1997, p. 76).

Nessa direção, o acesso e a utilização dos serviços fazem-se possíveis a partir da interferência dos trabalhadores da saúde no “confronto” entre a necessidade apresentada pelo usuário e a possibilidade de acolhimento desta pelo trabalhador no momento de constituição deste espaço interseção. É possível, também, a partir operação do “autogoverno” que faz o trabalhador. Quando a assistente social ou o médico acolhem a necessidade de um usuário materializada pela realização de uma consulta ou de um exame, muitas vezes o ato de incluí-lo em um mutirão ou em uma lista de agendamentos dos quais não havia previsão de estar depende desta característica do trabalho em saúde. Em geral, a decisão de quem entra ou não em um mutirão ou uma agenda deve seguir as normas da instituição, as quais o trabalhador, dependendo de seu *status*, pode facilmente superar.

A intervenção profissional pode ser definitiva quanto a continuidade do atendimento da paciente. É possível afirmar que, a partir da situação singular que apresenta, dada trajetória de assistência, ele pode se beneficiar da operação do “autogoverno” de algum profissional. Por isso, os agradecimentos e a confiança em alguns profissionais são tão marcantes e evidentes nos relatos das entrevistadas.

Da mesma forma que a intervenção profissional do serviço público pode viabilizar o acesso a partir de uma situação singular que relata o paciente, pode ocorrer também na perspectiva de contenção ao instituído. De outra forma, é possível privilegiar a segmentação do sistema, na qual o trabalhador pode operar o “autogoverno” e o

conhecimento que dispõe sobre o funcionamento dos serviços para, por exemplo, orientar o usuário a procurar serviços privados ou que mantenham “convênios” com o SUS. Aqui, a operação do “autogoverno” está associada à segmentação do sistema e na direção de responsabilizar o paciente em utilizar outros recursos se quiser utilizar serviços que pelo SUS enxergam ser impossíveis de acessar.

Para Santos (2004, p. 01), cabe ressaltar a incorporação, pelos trabalhadores da saúde, dos valores sociais inculcados em vastos segmentos da população desde a década de 1990, “mistificando o mercado, em substituição ao financiamento público; mistificando o consumidor e o cliente, em substituição do cidadão e ser humano com direitos, incentivando o individualismo competitivo em substituição da solidariedade”.

5.3.3 A Família

Cientes da rotatividade de obstáculos interpostos, as usuárias em diferentes momentos de suas trajetórias contam com o apoio da família. A família é o “canal natural” da proteção social (MIOTO, 2008a), e no acesso e na utilização dos serviços de saúde esta constatação é clara. Como já afirmamos, seu envolvimento na trajetória das pacientes é relevante considerando os confrontos e enfrentamentos necessários para que, no SUS, se efetive o atendimento.

No contexto do presente estudo, pode-se identificar que, apesar de as usuárias muitas vezes relatarem ter condições de efetuar algum procedimento em serviço privado, para isso, em quase todos os casos, foi necessário contar com o apoio da família. Assim, no âmbito dos serviços de saúde, pode-se afirmar que a família é protagonista na oferta de condições para trajetórias de utilização combinada.

Vale lembrar que este pagamento, muitas vezes, não ocorre por uma opção ligada a preferências ou a opções das usuárias, mas são estratégias relevantes no contexto de inacessibilidade do serviço na rede pública. Assim, o acesso e a utilização dependem muito mais das condições de vida da família da paciente do que de seu *status* individual (CIOFFI, 1998) e, também nessa direção, o que era uma demanda para o serviço de saúde, em um cenário de dificuldades, passa a ser objeto de intervenção da família no cuidado com um de seus membros.

Tal como refere Folgheraiter (1994), a família atende as necessidades de bem-estar de seus membros por meio de seus cuidados e de sua proteção, e isso permite que muitas dessas necessidades não se transformem em demandas para os serviços de políticas como saúde e

assistência social. Ainda assim, as condições de proteção estão vinculadas tanto as suas possibilidades de compra de bens e serviços no mercado para a provisão de suas necessidades, como pelos recursos que podem ser acionados através de sua rede social primária (MIOTO, 2008a; MIOTO, CAMPOS e LIMA, 2006).

Desta forma, é possível compreender por que as famílias sempre tiveram papel significativo na organização e no desenvolvimento dos diferentes sistemas de proteção social. Esta presença se fez e se atualiza, seja numa perspectiva de desfamiliarização⁵⁰, na qual existe maior abrandamento das suas responsabilidades na provisão do bem-estar (através do Estado ou do mercado), seja numa perspectiva do familismo, pela qual “a política pública considera – na verdade insiste – em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros”. (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 66).

De acordo com Mioto (2008a, p. 143), a proteção social no Brasil adquiriu, ao longo da história, um caráter fortemente familista. Mesmo abalada na década de 1980 pelo processo de rearticulação da sociedade que culminou na ampliação e universalização de direitos com a Constituição Federal, o que se observa é uma coincidência com o avanço da tese neoliberal, cenário que coloca projetos em disputa e a tensão entre “a afirmação da família como parceira na condução das políticas sociais e a sua ‘desfamiliarização⁵¹’”. Contudo, neste movimento de remercantilização de benefícios sociais, apontam para uma sobrecarga das funções familiares.

As trajetórias abordadas são marcadas pelo familismo na medida em que se depende da família para estabelecer uma relação com os serviços de saúde para que as pacientes possam efetivamente deles fazer uso. Dos serviços privados, mais na provisão financeira para garantir o acesso. Dos serviços públicos, em maior grau articulando práticas administrativas e participando de práticas formais e informais ligadas às deficiências dos serviços (SARACENO, 1996).

⁵⁰ A ideia de desfamiliarização está associada a “políticas que reduzem a dependência individual da família e que maximizam a disponibilidade de recursos econômicos por parte do indivíduo independente das reciprocidades conjugais e familiares”. (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 66).

⁵¹ Parella (2001 apud MIOTO, 2008a) entende que as políticas voltadas às famílias podem se direcionar à “familiarização”, pela participação de seus membros na esfera mercantil, ou à “desfamiliarização”, pela qual o Estado, associações voluntárias ou o mercado assumem a provisão do bem-estar.

Sobre o trabalho da família na forma de prática administrativa e de participação no âmbito da relação família-serviços, Saraceno (1996) afirma que a prática administrativa envolve a burocracia dos serviços, e a ela estão associadas as atividades necessárias para o acesso ao próprio direito e para a sua fruição. A participação é requerida tanto através práticas formais de integração, como de práticas informais relacionadas, geralmente, às deficiências dos serviços. Finalmente, o uso dos serviços exige da família a organização do seu tempo e de seus recursos. O contraditório dessa relação está em que, ao mesmo tempo que os serviços são organizados para aliviar as tarefas da família, requerem trabalho e se definem como “agenzie legittime di definizione delle norme”. (SARACENO, 1996, p. 237).

O trabalho da família no acesso e uso dos serviços ganha outra conotação quando se avalia as diferenças nas suas condições materiais e culturais, ou seja, a questão da desigualdade social. As diferenças fazem com que as possibilidades de usufruírem dos serviços também sejam desiguais. Tanto para avaliá-los e negociar sobre as condições e a qualidade dos serviços ofertados, quanto para a combinação de recursos para usufruir dos serviços. Essa combinação implica em trabalho familiar, em recursos materiais da família e em auxílios da rede social primária (MIOTO, 2009).

Se considerarmos os principais dilemas levantados pelas usuárias entrevistadas, as condições da sua família refletem-se, nas suas trajetórias, na diminuição do tempo de atendimento, principal entrave apresentado, seja intermediando contatos com trabalhadores ou organizando recursos para o pagamento de um procedimento em serviço privado. Além disso, à medida que os indivíduos acessam e utilizam os serviços, a “memória” das dificuldades, das formas de superar barreiras, de recursos e arranjos a serem desenvolvidos é compartilhada com outros membros, que, em outras ocasiões, usufruem dos serviços a partir de dinâmica semelhante.

5.3.4 Clientelismo e Acesso aos Serviços de Saúde

As formas de superar a insegurança a que está relegada a população dependem de diferentes arranjos, entre eles aqueles que baseados no particularismo ou no clientelismo, que podem ser entendidos à luz dos processos históricos. O clientelismo é importante *práxis* política e crucial no campo das políticas sociais. É fenômeno internalizado pela burocracia e também pelos segmentos sociais (SEIBEL e OLIVEIRA, 2006). As reflexões neste campo estão bastante

desenvolvidas em torno das consequências negativas sobre o exercício da democracia e voltam-se também ao particularismo, como personalização da entrega de benefícios sociais, e à desativação da ação coletiva (BAROZET, 2006).

No Serviço Social o clientelismo é um tema mais presente nas discussões do âmbito da política de assistência social⁵². Porém, como destacou-se nos relatos das entrevistadas, fica claro como este se atualiza no acesso aos serviços de saúde. Conforme Barozet (2006, p. 80), esse fenômeno tem perenidade e está apoiado em relações humanas de intercâmbio entre grupos que manejam recursos. Ainda segundo a autora, não pode ser entendido apenas como uma reação passiva dos eleitores mais necessitados, mas deve ser compreendido como “un cálculo razonado e incluso estratégico frente a lo que pueden ofrecer los políticos”, sendo ou não momento de campanha eleitoral.

Relações dessa natureza estão organizadas em redes duradouras formais e visíveis (a partir de redes partidárias) ou informais e difíceis de detectar, mas não menos eficientes na redistribuição dos recursos públicos. Estão ativas também fora dos períodos de campanha. Durante todo o ano, são trabalhadas tanto pelas “autoridades”, como pelos “clientes”, o que reforça sua eficiência (BAROZET, 2006).

Assim, de acordo com Seibel e Oliveira (2006, p. 138), pode-se afirmar que o clientelismo toma o seguinte significado:

uma ação de troca entre sujeitos que, por um lado, demandam um serviço de caráter público que, normalmente, não poderia ser obtido por meio do mercado e, de outro, por aqueles que administram ou têm acesso aos decisores sobre a concessão desse serviço. Essa intermediação dá-se via ‘moeda política’, cujo débito será cobrado, provavelmente, no próximo evento eleitoral.

Na perspectiva do relato das usuárias, mesmo não sendo período de eleições estaduais, foi manifestada a presença, em suas trajetórias, dos agentes clientelísticos, que possibilitaram o acesso ao serviço almejado. De outra forma, é importante ressaltar o acesso que estes agentes têm aos agendamentos nos hospitais unidades de assistência de alta complexidade, o que demonstra que os estabelecimentos de saúde são suscetíveis à intervenção desses

⁵² De estudos que contemplam formulações nesta área são exemplos: YASBEK (1993) e OLIVEIRA (2003; 1996).

intermediadores e permitem operarem esquemas de inclusão e exclusão nos serviços. De certa forma, como observamos, essa relação se sobressai à medida que a gestão desses espaços também é definida a partir de vínculos políticos e define uma prática de “apropriação privada” das instituições públicas (SEIBEL e OLIVEIRA, 2006).

As trajetórias das pacientes são definidas pela possibilidade de se alcançar o serviço almejado por intermédio desses agentes tendo em vista ser conhecida a eficiência de sua intervenção. A estrutura das redes de intermediação, apesar da variedade de intermediários, segue, às vezes, segundo Bazoret (2006, p. 91), a mesma estrutura: “el líder, un pequeño número de intermediários más o menos formales, los que establecen el nexo entre el líder y la población, gracias a sus propias conexiones hacia las bases, y finalmente las bases”.

Mesmo que pese a obrigação de cumprir com seu voto no futuro, considerada uma das premissas de relação clientelista, no “confronto” entre as possibilidades que considera mais eficientes para o acesso, a população opta por acionar recursos dessas redes. “É o momento da necessidade, portanto, que afirma e confirma o acordo da dádiva e do favor”. (SEIBEL, 1997 apud SEIBEL e OLIVEIRA, 2006, p. 138). E a sua eficiência, confirmada, por exemplo, pelo menor tempo de acesso ao serviço, reforça o sentimento de gratidão e de afeto do paciente e eleitor. Quanto mais individualizada ou personalizada for esta relação, maior será o caráter de favor (BAZEROT, 2006). A gratidão fica evidente ainda que, na continuidade das trajetórias, as usuárias tivessem dificuldades em realizar os procedimentos da fase pré-operatória. As trajetórias foram as de uso combinado, o que remete à ideia de que o pagamento por serviços compensa a benesse concedida na forma de primeira consulta em uma unidade de assistência pública.

Portanto, o clientelismo pode ser considerado um fenômeno que goza de perenidade e está presente em diferentes sistemas políticos, inclusive nos mais avançados. Por outro lado, revela a ausência do Estado na provisão de bens e serviços: “la presencia del Estado en muchos casos determina el espacio que sobrar  para que otros tipos de intermediaci n se instalen y se hagan cargo de la redistribución de recursos hacia los m s despose dos”. (BAZEROT, 2006, p. 18).

Para Seibel e Oliveira (2006, p. 138-144),   ainda um dos mecanismos mais expressivos da prática da a o seletiva do Estado e “que tem como uma de suas características mais marcantes a capacidade de filtrar demandas e interesses sociais”. Nesta lógica, o clientelismo determina e compromete a organiza o e a eficácia das políticas sociais. As consequências da internaliza o dessa racionalidade, segundo os

autores, estão em manifestar uma contratualidade não explícita. “O substrato dessa relação é a reedição histórica de uma relação socialmente perversa e excludente, pois desqualifica as demandas sociais e suas possibilidades de transformação em políticas sociais de cunho democratizante e alicerçador da cidadania”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como ponto da partida a constatação de que a população enfrenta diferentes impasses para conseguir acessar serviços de saúde no âmbito do SUS. À população cabe cotidianamente elaborar estratégias de “resistência” para suplantar barreiras e dificuldades. Este é um tema recorrente na imprensa e uma preocupação no âmbito da academia, que procura compreender este componente da organização dos sistemas de saúde em termos do impacto na saúde da população, das barreiras e desigualdades sociais que persistem e que determinam condições para o acesso. Nesse sentido, verifica-se que, prevendo obstáculos em suas trajetórias, a população formula modos próprios de acessibilidade (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACAVA, 2006; CARVACHO et al, 2008; COHN et al, 1991).

A abordagem ao acesso e à utilização do serviço tomou o caso da cirurgia bariátrica para identificar quais as trajetórias dos usuários para acessar um serviço de saúde de alta complexidade. A opção pela cirurgia bariátrica foi justificada pelo fato de a obesidade constituir importante problema de saúde pública, pelo expressivo aumento da demanda e da realização de cirurgias, bem como pelo processo pré-operatório ser interessante do ponto de vista investigativo. Considerando-se que, até o que o usuário entra para a lista de espera de realização da cirurgia, é necessário que faça um grande número de exames e consultas para indicar as condições de ser operado.

A utilização deste serviço depende, de fato, do acesso e usufruto anterior de vários outros incluindo consultas especializadas e exames. Por isso, entendemos que este foi um cenário interessante para se discutir a questão do acesso. Duas Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave foram *loci* da pesquisa, dada a possibilidade de as características institucionais interferirem efetivamente nas trajetórias das usuárias que se procurou identificar.

Neste cenário, a partir do processo de prestação do serviço de saúde, distinguiram-se cinco trajetórias possíveis para que as usuárias acessassem o serviço de cirurgia bariátrica, considerando, a princípio, a primeira consulta no centro de referência: trajetórias preconizadas, trajetórias redefinidas, trajetória de combinação por exceção, trajetória de combinação por exclusão, trajetórias por particularismos.

Para a segunda fase, a pré-operatória, três trajetórias foram identificadas: trajetórias preconizadas, trajetórias de combinação

simples e trajetórias de combinações múltiplas. Além do processo de prestação dos serviços, a definição dessas trajetórias contemplou, principalmente, a natureza dos serviços utilizados e a participação de agentes importantes que interferem na relação dos usuários com os serviços.

Foi possível evidenciar que diferentes aspectos organizacionais do sistema de serviços de saúde interferem no acesso, entendido a partir da dinâmica que envolve a entrada no serviço de saúde e a continuidade do tratamento. O acesso é geralmente considerado um atributo da atenção primária por envolver a seleção e a recomendação dos cursos de ação (CONILL e FAUSTO, 2007). No entanto, a atenção primária não consegue manter essa relação com os usuários. É notável a fragmentação da atenção, e de que forma ela exige do usuário maior trabalho na organização dos recursos e dos caminhos os quais irá percorrer.

Confirmou-se que, quanto mais especializado o serviço, maiores são as dificuldades para acessá-lo. Contudo, os serviços de média complexidade, situados entre a atenção primária e a alta complexidade, que, no caso da cirurgia bariátrica, são fundamentais para que se realize o acesso, aparecem como “ponto de estrangulamento” do fluxo.

Apesar da demora para se conseguir a primeira consulta, é na fase pré-operatória que as usuárias procuram angustiadamente por outros recursos. Tendo em vista a demora e a falta de perspectiva de acesso a consultas e exames, os familiares, trabalhadores da saúde, assessores de deputados e serviços privados são os sujeitos e as alternativas em pauta.

É certo que outros serviços de média e alta complexidade devem guardar características distintas que podem mostrar e explicar outras dificuldades no acesso; porém, o que se avalia, inicialmente, é a existência de uma incompatibilidade entre demanda e oferta, o que determina maior tempo de espera e suas consequências que, geralmente, repercutem no agravamento da situação.

Em outra direção, é imprescindível afirmar que os relatos das usuárias em diferentes momentos revelaram que existe uma grande carga de sofrimento⁵³ em torno das condições de vida associadas à

⁵³ Para Sawaia (2001, p. 105), o sofrimento pode ser entendido como “a dor mediada pelas injustiças sociais”, é a vivência cotidiana das questões sociais relacionadas a cada momento histórico, especialmente aquelas em que o sofrimento surge da situação social, de ser tratado como inferior, ou subalterno, o que o autor define como “sofrimento ético-político”. “Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta

obesidade. Os relatos sobre o longo tempo de convívio com as dificuldades relativas à doença se entrelaçavam com a expectativa acessar o serviço e, posteriormente, com o trabalho que lhes exigia chegar à realização da cirurgia.

Quase a totalidade das entrevistadas afirmou que sofria com as condições da obesidade desde a adolescência. A realização de dietas alimentares, o uso prolongado de medicação para inibir o apetite e, conseqüentemente, a dependência química foram elementos comuns nas histórias das pacientes e que não podem estar desvinculados das opções e das trajetórias que as pacientes realizaram.

A grande demanda de agendamentos, o afastamento do trabalho, os recursos aos trabalhadores dos serviços de saúde, aos assessores de deputados e aos familiares estão no rol do que consideraram uma conquista. Esse trabalho, associado à demora, não era problematizado por algumas pacientes. Aguardar sete meses, um ano ou três anos não se apresenta como problema. Em suma, configura-se um misto de descrédito da população com a institucionalidade do sistema, com a resignação diante das condições de acesso e uso. “Tem que se acostumar, o SUS é assim”.

A partir das relações que as usuárias estabelecem é que se procuram e se encontram alternativas à situação. As preferências por acessar o serviço através de relações clientelistas, a partir de recursos familiares ou da ajuda de profissionais são as mais comuns. As trajetórias, por sua vez, se definem a partir do que preconiza o modelo de atenção e podem chegar a trajetórias de combinação múltiplas, que dependem, mediante as barreiras do sistema, da capacidade das pacientes e das famílias em dispor de recursos de diferentes naturezas.

A possibilidade de dispor desses recursos se explica pelo *status* socioeconômico das famílias. Por isso, quando se fala de acesso, não se pode deixar de considerar que mesmo a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade – aqui a obesidade grave – não é aleatória estando associada à posição social, que, por sua vez, define as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos (CNDSS, 2008).

A necessidade de se lançar mão de outros recursos e outras estratégias – que podem ser extremamente simples, como providenciar agendamentos diretamente na secretaria municipal de saúde, em vez de fazê-lo na unidade básica de saúde – demonstra que a operacionalização do serviço de saúde depende cada vez mais do controle que os próprios

socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social da sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar seu desejo e afeto”.

usuários fazem dos seus processos, pois existe uma demanda de tempo e de trabalho dos pacientes inerente à fragmentação da atenção.

A observação e a sistematização das trajetórias, das estratégias e dos recursos que as pacientes utilizaram para acessar e usufruir de um serviço de alta complexidade no SUS determinaram as contribuições que o presente trabalho logrou trazer. Nessa perspectiva, de modo geral no que tange ao sistema de saúde, os dilemas mais pungentes envolveram tornar esse sistema efetivamente público e de acesso universal. A partir das trajetórias sistematizadas anteriormente, destacam-se:

- a) necessidades multidimensionais, que dependem de atendimento ágil, “estacionadas” em filas desumanas de um sistema de serviços segmentado, com atenção fragmentada, e serviços privados que, nas filas, encontram grupos importantes de possíveis clientes e, assim, aplicam suas “táticas de sobrevivência”;
- b) segmentos da população dependentes de um serviço público deficiente pela limitação dos recursos e, portanto, “condenados” a elaborar a capacidade de utilização dos serviços; e, por outro lado, segmentos atendidos pelos SUS apenas em situação de exceção (“caroneiros”) e que podem contar com a agilidade e a eficiência dos serviços privados; e
- c) ferramentas institucionalizadas para garantir melhor distribuição técnico-espacial dos serviços contrastando com um sistema com pouca organicidade, atravessado por diferentes lógicas de funcionamento e fluxos informais delimitados por profissionais (a partir de interesses contraditórios), pelos pacientes (para atendimento imediato) e por outros interventores com interesses particulares (como os agentes clientelísticos).

As famílias, os trabalhadores de saúde e outros agentes que atuam a partir de interesses particulares participam do processo de atendimento de forma a tornar possível a realização do acesso. Os trabalhadores operam seu autogoverno diante de situações singulares apresentadas pelos pacientes procurando garantir o acesso a procedimentos; no entanto, também podem interferir de modo a privilegiar a fragmentação da atenção responsabilizando os sujeitos para melhor conduzir suas trajetórias.

Já as famílias, especificamente, participam de todas as etapas do processo de atenção e de todos os seus “custos”. Neste cenário

dilemático, ressalta-se que o Brasil é o país latino-americano com maior percentual de famílias incorrendo em gasto catastrófico em saúde.⁵⁴ (DINIZ et al., 2007). Cabe às famílias, assim, assumir os “vazios” do Estado cumprindo o que se considera sua “função natural”, incorrendo em trabalho e sobrecarga. Tal vazio deixado pelo Estado é ocupado, também, pelos operadores do clientelismo, marco no acesso e na distribuição dos bens e serviços públicos no Brasil.

Para Mattos (2005), outras três questões são desafios de grande valor para a garantia efetiva do direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de saúde no âmbito do SUS. A saber:

- a) problemas no financiamento do SUS nas três esferas de governo, que não necessariamente derivam da insuficiência de recursos; não obstante, há dificuldades políticas de sustentar a alocação de recursos necessários ao cumprimento da responsabilidade do Estado;
- b) no cenário de dificuldades de financiamento associadas à expansão do acesso aos serviços, os gestores adotam práticas de racionamento da oferta de serviços e de insumos, sobretudo aqueles de maior custo;
- c) o reconhecimento do direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde ainda não se concretiza universalmente. O reconhecimento e a garantia dos direitos dependem dos movimentos que se organizam em torno da defesa de grupos ou de causas específicas.

Assim, como bem sintetizam Cecílio e Merhy (2003, p. 04), falar de um “sistema” pode trazer a ideia de funcionamento harmonioso entre partes, cumprindo cada uma sua “função” em torno do bom funcionamento do todo. Porém, a concepção idealizada de sistema de saúde, que carrega um caráter normativo da saúde, não se sustenta na prática. Para os autores,

o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem

⁵⁴ O gasto catastrófico em saúde está associado a necessidade do desembolso direto para acessar serviços de saúde. “Um gasto não previsto com serviços de saúde pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente. Ou seja, um gasto catastrófico para essas famílias”. (DINIZ et al, 2007, p. 144).

sempre “racionais”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora.

Fica evidente, desta forma, que os marcos legais não garantem sozinhos o acesso. “O problema está em concretizar na prática social o espírito da legislação sanitária vigente”. (MENDES, 2001, p. 111). O quadro institucional-formal que se forjou para garantir o acesso universal, pelo que a pesquisa levantou, apresenta fragilidades no cotidiano dos usuários. A presença de discursos que defendem a transposição do modelo institucional/redistributivista que se busca com a Constituição, para um modelo que se aproxima do meritocrático-particularista/conservador, residual/liberal, torna esse cenário ainda mais complexo (NOGUEIRA, 2002).

Para Vaitsman (2002), o desafio está em fortalecer as instituições permitindo eliminar as barreiras impostas pelas distintas formas de particularismos do acesso aos direitos – seja aquele ligado às diferenças da posição social, que funciona como filtro do exercício de direitos, ou o particularismo das relações pessoais, aqueles que explicam o “favor”, o “jeitinho” e a “carteirada” como mecanismos de acesso aos serviços de saúde.

Conforme Campos (1997a, p. 50), as instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada usuário a melhor utilizar os recursos próprios, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência a doença. Estas são questões que coincidem com a necessidade de resolutividade e de acesso garantido, incluindo aí o aumento da capacidade de autonomia dos usuários, “para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social”.

A observação das trajetórias das usuárias e a constatação do modo de acesso e utilização dos serviços em seu cotidiano permitiram a identificação desta realidade e de que a universalização persiste em seguir uma lógica excludente (FAVARET FILHO e OLIVEIRA, 1990). Logo, os “confrontos” e as “resistências”, ou barreiras, que as usuárias enfrentam, expressos nas dificuldades de efetivação do atendimento, requerem uma cuidadosa apuração das institucionalidades e, num quadro mais amplo, a superação das dicotomias que persistem na condução da política de saúde no Brasil – em torno do que é universal

ou particular, público ou privado, preventivo ou curativo, rural ou urbano, carente ou não carente, entre o discurso e prática.

Para Mendes (2001) as dificuldades neste contexto são enormes, mas não são necessárias mudanças na Constituição. Na prática, é necessário melhorar a qualidade do SUS e criar um ciclo virtuoso de universalização incluyente.

Sobre essa relação, Nogueira e Pires (2004, p. 755) apontam que as condições legais, ou formas políticas, não se explicam por si próprias. “Qualquer análise sobre instituições no plano do direito implica articular a cidadania social às condições reais de existência, tendo como pressuposto as relações econômicas e sociais que condicionam, no limite, os fenômenos jurídicos e políticos”.

Como observamos, para muitos usuários do SUS seus direitos estão no plano de uma ficção. Lógica que, para Nogueira e Pires (2002, p. 755), “favorece o obscurecimento das críticas sobre sua não garantia, reduzindo seu potencial político de transformação da ordem societária”.

Para o Serviço Social, esta é uma questão que vem ao encontro da pauta de discussões que a profissão admite na intenção de tensionar a política de saúde em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político profissional. Fica claro que o assunto não se esgota, sendo possíveis outras abordagens no que tange ao cotidiano das relações que os usuários mantêm com os serviços. Esse é um debate que tem o desafio de oferecer pistas para a adequação dos serviços às necessidades da população, de forma que o direito se reverta em saúde definitivamente.

REFERÊNCIAS

ACANDA, J. L.. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C.. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 12, v.2, p. 233-242, 1996.

ADELANTADO, J.; GOMÀ, R.. El contexto: la reestructuración de los regímenes de bienestar europeos. In: ADELANTADO, J. (Org.). **Cambios en el estado del bienestar: políticas sociales y desigualdades em España**. Barcelona: Içaria/Antrzyt/Universitat Autònoma de Barcelona, 2000, p. 61-95.

ANDERSEN, R. M.. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, V. R. P.. **Cidadania: do direito aos direitos humanos**. São Paulo: Acadêmica, 1993.

AULETE, C.. Trajetória. In: AULETE, Caldas. **Dicionário Aulete**. Disponível em: http://aulete.uol.com.br/site.php?mdl=aulete_digital&op=loadVerbetes&pesquisa=1&palavra=TRAJET%D3RIA. Acesso em: 01 out. 2009.

BEHRING, E. R.. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BIONDI, A.. **Mentira e cara-durismo** (ou: a imprensa no reinado FHC). Disponível em: <http://palestra.blogspot.com/2003/03/obrigatorio-para-leitura-mentira-e-cara.html>. Acesso em 19/02/2009.

BOBBIO, N.. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F.. Marx, Karl. **Dicionário crítico de sociologia**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E.. Orçamento da seguridade social e política econômica. **Serviço Social e Sociedade**, n. 87, p. 25-57, 2006.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 30/08/2009.

_____. Resolução do Conselho Federal de Serviço Social n. 273 de 13 de março de 1993. **Código de Ética do Assistente Social**. 3 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Rideel, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS** (2006). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acesso em: 25/02/2009.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.569, de 28 de junho de 2007 (2007a). Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/idisalegis/visualiza_conteudo.php?sub=325&cont=2529&cat=23. Acesso em: 18/02/2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 1.570, de 28 de junho de 2007 (2007b). Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1570_28_06_2007.html. Acesso em: 18/02/2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde – Direito de Todos:** metas para 2008-2011 (2008). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pacsauade/divulgacao.php>. Acesso em: 01/08/2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS nº 492, de 31 de agosto de 2007 (2007c). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-492.htm>. Acesso em: 18/02/2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2008:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal de Notícias.** Total de cirurgias de redução de estômago sobe 542%. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dsp_Detalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10008. Publicada em 09/03/2009. Acesso em: 14/03/2009a.

BRAVO, M. I. S.. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S. et. al (org.). **Capacitação para conselheiros de saúde:** textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001, p. 21-28.

BUSSINGER, V. V.. Fundamentos dos direitos humanos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 53, São Paulo, p. 09-45, 1997.

CAMPOS, G. W. S.. **Reforma da Reforma:** repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997a.

CANESQUI, A. M.. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M.. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 19-35.

CARTAXO A. M. B.. **A reforma da política previdenciária brasileira na década de 90: um estudo de suas determinações sócio-históricas.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

CARVACHO, I. E. et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, n. 42, v. 5, p. 886-894, 2008.

CEPAL. **La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.** Chile: ONU/CEPAL, 2006.

CECÍLIO, L. C. O.. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao circuito, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n. 13, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** (2003). Disponível em: www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf. Acesso em: 12/09/2009.

CHAUÍ, M.. Ideologia neoliberal e universidade. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C.. **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global.** Petrópolis: Vozes/NEDIC, 1999, p. 27-51.

CIOFFI, S.. **Famílias metropolitanas: arranjos familiares e condições de vida.** São Paulo: SEADE, 1998.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social.** Rio de Janeiro: Documento Técnico EuroSocial Salud, 2007.

COSTA, L. C.. **Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a Reforma do Estado no Brasil.** São Paulo: Cortez/UEPG, 2006.

COUTINHO, C. N.. Crítica e utopia em Rousseau. **Lua Nova**, n. 38, p. 5-30, 1996.

COUTINHO, C. N.. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DAHRENDORF, R.. **O conflito social moderno**: um ensaio sobre a política da liberdade. Rio de Janeiro/São Paulo: Zahar/EDUSP, 1992.

DALLARI, S. G.. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 99-120.

DINIZ, B. P. C. et al. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F. G. et al (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. V. 02. Brasília: Ipea, 2007, p. 143-166.

DOMINGUEZ, B.. **Agência de Notícias da AIDS**. Déficit comercial do complexo industrial da saúde no Brasil saltou de 700 milhões para 6 bilhões de dólares nos últimos 25 anos. 08/02/2009. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=11506>. Acesso em: 09/02/2009.

DONABEDIAN, A.. **Los espacios de la salud**: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

DRAIBE, S. M.. O “Welfare State” no Brasil: características e perspectivas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 13-60, 1988.

_____. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003.

DRAIBE, S. M.; AURELIANO, L.. **A especificidade do Welfare State brasileiro**. Brasília: MPAS/CEPAL, Economia e Desenvolvimento n. 3, 1989.

ESPING-ANDERSEN, G.. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000.

_____. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua Nova**, n. 35, p. 73-111, 1995.

FALEIROS, V. P.. **A política social do Estado capitalista**: as funções da previdência e assistência sociais. São Paulo: Cortez, 1980.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J.. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**. Revista de Ciências Sociais, v. 33, n. 2, p. 254-283, 1990.

FLEURY, S.. Paradigmas da reforma da seguridade social: liberal produtivista *versus* universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 69-92.

FOLGHERAITER, F.. Integrazione di politiche sociali e lavoro sociale nelle comunità locali: la community care. In: De VITA, R.; DONATI, P.; SGRITTA, G. B. (Orgs.). **La política sociale oltre la crisi del welfare state**. Milano: Franco Angeli, 1994.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S.. Universalidade na atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 177-198.

GRANEMANN, S.. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007, p. 43-49.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R.. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Cortez,

LAVINAS, L.. **Excepcionalidade e paradoxo: renda básica versus programas de transferência direta de renda no Brasil**. Disponível em <http://www.brasiluniaoeuropeia.ufrj.br/>. Acesso em: 23/06/2007.

LIMA, N. T.. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 23-116.

LIMA, T. C. S.. **As ações sócio-educativas e o projeto ético-político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOPES, J. R. B.. Novos parâmetros para a reorganização da política social brasileira. **Textos para discussão**, n. 358, Brasília: IPEA, 1994.

LOPES, R. M.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A.. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 20, Sup. 2, p. 283-297, 2004.

MARINI, R. M.. **Dialética da dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MATTOS, R. A.. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ/ABRASCO, 2005, p. 33-46.

MEDICI, A. C.. A oferta de serviços de saúde no Brasil: 1976-1986. **Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1990/T90V03A11.pdf>
Acesso em: 19/12/2008.

MENDES, E. V.. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a.

MENICUCCI, T. M. G.. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social e Sociedade**, n. 87, p. 58-75, 2006.

MERHY, E. E.. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C.. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**, v. 1, Brasília: Ministério da Saúde, p. 91-96, 1992.

MINAYO, M. C. S.. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 09-29.

MINAYO, M. C. S.. Trabalho de campo: contexto da observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008a, p. 61-77.

MIOTO, R. C. T.. **As ações profissionais do assistente social na atenção básica da saúde**: contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da integralidade. Relatório de Pesquisa. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

_____. **Família e políticas públicas**: trajetórias de acesso aos serviços assistenciais e percursos de construção da intersetorialidade. Projeto de Pesquisa. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

_____. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. et al (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008a, p. 130-148.

MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; LIMA, T.C.S.. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas? Contribuição ao debate sobre o papel da família na provisão de Bem-Estar social. **Revista de Políticas Públicas**: São Luís, v.10, n.1, p.165-180, 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. Serviço Social e saúde: desafios intelectuais e operativos. **Revista SER Social**, Brasília, n. 25, 2009.

NETTO, J. P.. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

NOGUEIRA, V. M. R.. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro**: construindo uma nova agenda. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P.. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v.3, p. 753-760, 2004.

OLIVEIRA, F.. **O que é formação para a cidadania?** Entrevista realizada por Sílvia Caccia Bava, em 1999. Disponível em: <http://www.dhnet.org.Br/textos/coliveira.htm>. Acesso em: 10/11/2007.

OLIVEIRA, H. M. J.. **Cultura política e assistência social**: uma análise das orientações de gestores estaduais. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Assistência Social**: do discurso do Estado à prática do Serviço Social. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunion especial de ministros de salud de las Americas. **Documentos oficiales**, n. 155, Washington, D. C., 1978.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A.. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 4, v. 32, p. 299-316, 1998.

PAIVA, B. A.. **A política de financiamento da assistência social**: a imprecisa tradução da LOAS. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PAIVA, B.; OURIQUES, N.. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? **Katálysis**, Florianópolis, vol. 9, n. 2, p. 166-175, 2006.

PEREIRA, L. C. B.. A reforma do Estado nos anos 90. **Cadernos do MARE**, n. 1, Brasília, 1997.

PEREIRA, P. A.. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, p. 11-35.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S.. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 19, v.1, p. 27-34, 2003.

REZENDE, C. A. P.. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.. et al. (Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2007, p. 26-42.

REQUENA, J. G.. Políticas sociales post-keynesianas. Después del ajuste: ¿qué modelo? In: GIRON, A. (Org.). **Confrontaciones monetárias**: marxistas y post-keynesianos em América Latina. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2008. Florianópolis: IOESC, 2008.

SANTOS, N. R.. **Ética social e os rumos do Sistema Único de Saúde** (2004). Disponível em: <http://www.gices-sc.org/ArtigoNelsonEticaSUS.html>. Acesso em 11/11/2009.

_____. SUS: uma virada em 2010? **Revista Bioethikós**, v. 03, n. 02, p. 13-25, ju/set. 2009.

SARACENO, C.. **Sociologia della famiglia**. Bologna: Il Mulino, 1996.

SAWAIA, B. B.. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 97-118.

SEIBEL, E. J.; OLIVEIRA, H. M. J.. Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 39, p. 135-145, 2006.

SILVA, G. G. A.. Uma abordagem da antinomia “público x privado”: descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 09, n. 18, p. 7-24, jan/jun. 2006.

SILVA, M. R. B.. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. **Revista Brasileira de História**, v. 27, n. 53, São Paulo, p. 243-266, 2007.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-42.

SIMIONATTO, I.. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 2. ed. Florianópolis/São Paulo: UFSC/Cortez, 1999.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. R.. Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 66, p. 145-164, 1997.

SPOSATI, A.. Regulação social tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. **Caderno Ideação**. Porto Alegre, 2002, p. 33-53.

TEIXEIRA, S. F.. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989, p. 46.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 49-60.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 11, v. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20 Sup. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.. Acesso e uso dos serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, sup. 10, p. 2490-2502, 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J.. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 11, sup. 1, p. 98-112, 2008.

UNGLERT, C. V. S.. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V.. **Distrito Sanitário**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 221-235.

VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G.. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: BODSTEIN, R. C. A. (Org.). **Serviços locais de saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 93-116.

VIANNA, M. L. T. W.. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: REVAM/IUPERJ/UCAM, 1998.

VIEIRA, L. V.. **A democracia em Rousseau**: a recusa dos pressupostos liberais. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997.

VIEIRA, E.. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 1994.

YASBEK, M. C.. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Roteiro para Entrevista

TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUS: UM ESTUDO SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Identificação

- a) Iniciais:
- b) Sexo:
- c) Idade:
- d) Procedência:
- e) Profissão:
- f) Composição familiar:
- g) Renda familiar:
- h) Titular de Plano de Saúde?
 - a. Se sim, cobertura indisponível para realizar a cirurgia?

A Trajetória Até a Cirurgia

- a) Como aconteceu seu encaminhamento à equipe de cirurgia bariátrica do HU/UFSC ou HCGR?
 - i. Como conseguiu agendamento inicial?
 - ii. Quem se ocupou dos agendamentos ou contato?
 - iii. Quanto tempo levou desde a solicitação até a consulta inicial?
 - iv. Teve algum problema ou dificuldade?
 - v. Recebeu de alguém apoio ou contribuição?
- b) Realizada a primeira consulta, como conseguiu providenciar as consultas e exames solicitados?
 - Avaliação cardiológica
 - Eletrocardiograma
 - Ecocardiograma
 - Outros exames cardiológicos
 - Avaliação respiratória – RX
 - Polissonografia ou outros
 - Endoscopia digestiva
 - Ultrassonografia de abdômen
 - Nutricionista
 - Avaliação laboratorial














- Psicólogo
 - i. Quem se ocupou dos agendamentos ou contatos?
 - ii. Foi necessária internação por co-morbidades, dificuldade de locomoção ou diminuição de peso?
 - iii. Quanto tempo após a primeira consulta levou para realizar os exames e consultas?
- c) Em algum momento teve vontade de desistir? Por que?
- d) Em algum momento achou que não iria conseguir?
- e) Quais as principais dificuldades identificadas nesse período?
 - i. Grande número de agendamentos
 - ii. Demora
 - iii. Disponibilidade de informações
 - iv. Relação com os profissionais de saúde
 - v. Falta de apoio de familiares e amigos
 - vi. Outros
- f) Já tinha vivenciado processo igual para conseguir atendimento/serviço de saúde?
- g) Se tivesse algum agradecimento a fazer, a quem seria? Por que?
- h) Observações








APÊNDICE B
Legenda das Ilustrações

TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUS: UM ESTUDO SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA

LEGENDA PARA QUADROS DE ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS DE ACESSO

Figura Agente Partícipe, Natureza do Serviço ou Modalidade de Utilização Combinada

-  Serviço de atenção básica – UBS
-  Parecer profissional em serviço de atenção básica – UBS
-  Participação da família no acesso aos serviços a partir da Atenção Básica – UBS
-  Participação de profissional da saúde da Atenção Básica (UBS) no acesso
-  Serviço de média complexidade
-  Serviço de média complexidade em município não referenciado
-  Participação da família no acesso ao serviço de média complexidade em município não referenciado
-  Participação da família no acesso ao serviço de média complexidade
-  Participação de profissional da saúde de média complexidade no acesso
-  Parecer de profissional especialista em serviço de média complexidade
-  Acesso aos serviços de média complexidade a partir de protocolo da atenção básica
-  Acesso aos serviços de média complexidade a partir de protocolo de unidade de assistência de alta complexidade
-  Acesso aos serviços de média complexidade do SUS com utilização combinada minoritária de serviços privados

-  Serviço de alta complexidade – Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave
-  Serviço de plano de saúde
-  Participação de agente clientelístico no acesso
-  Serviço privado
-  Participação da família no acesso aos serviços privados
-  Acesso aos serviços privados com utilização combinada minoritária de serviços públicos de atenção básica
-  Acesso aos serviços privados com utilização combinada minoritária de serviços públicos de média complexidade

ANEXOS

ANEXO A

**Pareceres Consubstanciados dos Comitês de Ética da Universidade
Federal de Santa Catarina e do Hospital Governador Celso Ramos**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9208

PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO Nº354/2008

Título do Projeto: FAMÍLIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: TRAJETÓRIAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E PERCURSOS DE CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

Pesquisador Responsável: Profª Drª Regina Célia Tomaso Miotto

Pesquisador Principal: A mesma

Instituição onde será realizado o estudo: HU/UFSC

Data da apresentação ao CEPESH: 25/11/2008

Objetivo: Conhecer e discutir os processos de construção da intersectorialidade/integralidade no âmbito do SUS e do SUAS, considerando os sujeitos fundamentais na construção desse processo – os profissionais e as famílias vinculadas a serviços de saúde e assistência social -, visando contribuir para a sistematização de referências teórico-metodológicas que subsidiem o trabalho dos profissionais no campo das políticas públicas.

PARECER

Esse parecer trata do projeto intitulado FAMÍLIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: TRAJETÓRIAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E PERCURSOS DE CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE, que deu entrada no CEPESH em 25/11/2008, tendo como pesquisador responsável e principal a professora associada da UFSC que atua no departamento de serviço social.

De acordo com a documentação apresentada ao CEPESH, esta pesquisa será realizada entre fevereiro e abril de 2009.

A documentação apresentada traz a folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável, bem como assinada e carimbada pelo vice-diretor do HU, representando a instituição onde a pesquisa será realizada.

A pesquisa, que não apresenta um orçamento total dos custos e nem informa de onde virá a verba, surge da preocupação com o processo de construção da intersectorialidade e a inclusão das famílias no SUS e no SUAS. Sua finalidade é o fortalecimento dos marcos de referências das ações dos profissionais no campo das políticas públicas.

A pesquisa terá uma abordagem qualitativa e a amostra do estudo será composta de 20 famílias, 05 usuárias do SUS e outras 05 do SUAS e outras 10 famílias usuárias do serviço de atenção básica do SUAS. Dentre o conjunto de sujeitos, outros 08 serão profissionais assistente-sociais. Tais famílias são usuárias do HU/UFSC e dos programas de atenção básica de média e alta complexidade, da Secretaria de Ação Social da Prefeitura de São José. A pesquisa utilizará procedimentos do tipo: grupos focais e entrevistas semi-estruturadas. O grupo focal destina-se à coleta de dados junto aos assistentes sociais e as entrevistas destinam-se às famílias. Dentre os itens que compõem a documentação, constam: folha de rosto, declaração da pesquisadora de que cumprirá os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares; declaração do Secretário da Ação Social da Prefeitura de São José e do Vice-Diretor do HU dando ciência de que tais instituições estão de acordo com a pesquisa e todas as exigências legais.

O TCLE está escrito de forma muito sintética, não dando aos sujeitos da pesquisa noção sobre o que, e porque está sendo pesquisado. Além disso, do ponto de vista linguístico, não está acessível à compreensão de pessoas com pouca escolaridade, apresentando termos como: intersectorialidade, integralidade, sistematização de referências teórico-metodológicas e siglas como SUS e SUAS. E também não esclarece que os sujeitos podem desistir de sua participação sem ter que apresentar nenhuma justificativa ou motivo e que pode fazê-lo, inclusive, por telefone.

Do ponto de vista formal o projeto apresenta-se bem estruturado e fundamentado.

O currículo da pesquisadora mostra que a mesma tem formação e produção na área do serviço social, educação e saúde e saúde mental, estando, portanto, qualificada à execução da pesquisa. A investigação é pertinente e contribui para a busca da otimização das políticas públicas, mas considerando as observações em relação do TCLE, somos de parecer que fique em pendência.

Parecer do CEPSH:

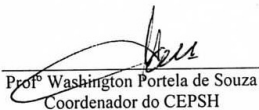
(X) com pendência

- Data da Reunião
Florianópolis, 15 de dezembro de 2008.

Parecer Final: Tendo em vista que as pendências foram atendidas, somos de parecer que o presente projeto, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê

(X) APROVADO “ad referendum”

Florianópolis, 30 de março de 2009.


Prof.^o Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



PROTOCOLO Nº

2009/0007

DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 05/06/2009

PARA PESQUISADORES: FRANCIELLE LOPES ALVES ;

ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO

PROJETO DE PESQUISA : TRAJETÓRIAS DE ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUS: UM ESTUDO SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA

PARECER: É um projeto de pesquisa do programa de pós graduação em Serviço Social da UFSC. O presente projeto tem por objetivo identificar e analisar as trajetórias e estratégias desenvolvidas e recursos utilizados por usuários e familiares para acessar a cirurgia bariátrica no âmbito do SUS, em duas instituições de Florianópolis.

É uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados será a entrevista que serão realizadas em duas instituições de Florianópolis, concomitantemente. Serão realizadas dez entrevistas, cinco em cada instituição, a inclusão de nº de participantes será interrompida por critério de saturação. Os sujeitos da pesquisa serão pessoas adultas e capazes.

O trabalho está bem fundamentado, o que garante sua cientificidade. O sigilo da informações obtidas está contemplada no trabalho.

A pesquisa possui relevância social, visto está diretamente ligada ao direito a saúde do individuo.

Porém, observarmos que no TCLE consta o telefone do Hospital Governador Celso Ramos para contato, o qual deve ser substituído pelo telefone da pesquisadora.

Diante do exposto classificamos o Projeto de Pesquisa como: **APROVADO.**

ORIENTAÇÕES GERAIS: Salienciamos a necessidade de encaminhar ao CEP relatórios trimestrais sobre o andamento da pesquisa e ao término do **trabalho uma cópia impressa e uma em CD com extensão em PDF (conversor de arquivo Word para PDF)** deverá ser disponibilizada a este Comitê. As alterações no protocolo e notificações de eventos adversos que possam trazer prejuízo ao sujeito da pesquisa devem ser notificadas imediatamente ao CEP para análise e tomadas as devidas providências.

CARLA PAULI

Coordenadora do CEP/Hospital Governador Celso Ramos

ANEXO B

Formulário de Avaliação de Candidatos à Cirurgia Bariátrica

I-C - FORMULARIO DE AVALIAÇÃO PRE-OPERATORIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: / /
Estado Civil:	Profissão:
Data da inclusão em lista:	
Documento Identidade:	
Endereço:	
Fone:	

<p>AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA</p> <p>Fase Inicial:</p> <p>a) Avaliação pelo cirurgião</p> <p>b) Avaliação pelo clínico ou endocrinologista</p> <p>c) Avaliação e preparo psicológico (psicólogo ou psiquiatra)</p> <p>Fase Secundária:</p> <p>a) Avaliação cardiológica</p> <p>b) Avaliação respiratória</p> <p>c) Avaliação endoscópica</p> <p>d) Avaliação ultra-sonográfica</p> <p>e) Avaliação ginecológica</p> <p>e) Avaliação odontológica</p> <p>f) Avaliação vascular</p> <p>g) Avaliação de risco cirúrgico: O obeso mórbido é um paciente de risco moderado a alto para cálculo de morbi-mortalidade cirúrgica. Por isso, classificam-se os pacientes em três grupos de risco para preparo pré-operatório e cuidados trans- e pós-operatórios.</p> <p>As co-morbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos, maiores e menores:</p> <p>Maiores</p> <p>1. Idade igual ou maior do que 50 anos</p> <p>2. Diabete mellitus</p> <p>3. Apnéia do sono</p> <p>4. Pneumopatia</p> <p>5. Cardiopatia</p> <p>6. Doença do sistema venoso profundo</p> <p>7. Síndrome metabólica</p> <p>Menores</p> <p>1. Hipertensão arterial sistêmica</p> <p>2. Dislipidemia</p> <p>3. Doença ósteo-muscular</p> <p>4. Hiperuricemia</p>
--

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO
O risco cirúrgico mínimo considerado é o moderado (ASA 3).
1º GRUPO Pacientes com um ou duas co-morbidades menores.
2º GRUPO Pacientes com três co-morbidades menores ou uma maior. No caso de ser a idade a categoria maior, com ou sem co-morbidades menores.
3º GRUPO Pacientes com uma ou mais co-morbidades maiores (que não a idade).
AVALIAÇÃO LABORATORIAL CONFORME O RISCO CIRÚRGICO
1º GRUPO Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos.
2º GRUPO Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores.
3º GRUPO Radiografia simples de tórax, ECG, ergometria, ecografia abdominal total, endoscopia digestiva alta, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicerídeos, ecocardiograma bidimensional com fluxo a cores, ecodoppler dos membros inferiores, bronco-provacação com metacolina, cintilografia miocárdica (quando indicado no lugar da ergometria), polissonografia (quando indicado).

ANEXO C

Fluxo de Referência do Serviço de Cirurgia Bariátrica em Santa Catarina

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Fluxo de Referência dos Serviços de Alta Complexidade Hospitalar

Aprovado na CIB em 30/07/04

Vigência a partir de Agosto/04



FLUXO DE CIRURGIA BARIATRICA GASTROPLASTIA

