

# **1ª. Conferencia Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Nordeste**

## **Relatório**

### **Sessão 03: Acesso e qualidade dos serviços de saúde**

**Horário de início: 14:30**

**Coordenação: Jurandi Frutuoso (CONASS)**

**Relatores: Rodrigo Fonseca (FIOCRUZ/PE) e Gabriella Morais (FIOCRUZ/PE)**

#### **Debatedores:**

- Sociedade Civil: Ligia Bahia (ABRASCO)
- Pesquisador/ especialista: Jairnilson Silva Paim (UFBA)

**Horário de encerramento: 17:00**

#### **OBSERVAÇÕES RELEVANTES:**

**1. O representante do governo, Helvécio Miranda (Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde) não esteve presente na sessão temática.**

#### **2. Principais pontos abordados nas apresentações:**

##### **2.1 Relação entre a organização do sistema de saúde e desigualdades**

Foi amplamente debatido o fato de que o próprio sistema de saúde é um dos determinantes das desigualdades. No entanto, não é o único e a organização desse sistema de saúde pode criar, exacerbar ou reduzir essas desigualdades. Nesse contexto, um dos pontos discutidos foi em qual dessas situações se enquadraria o sistema de saúde brasileiro atualmente.

Para concretizar isso, alguns dados foram apresentados, como as despesas públicas *per capita*, as quais refletem essa distribuição desigual em relação aos serviços de saúde e equipamentos relacionados. Considerando o Brasil como um todo, essas despesas são menores em relação a outros países e, quando consideradas as regiões brasileiras, elas são consideravelmente menores nas regiões Norte e Nordeste. Nesse contexto, após 25 anos de sistema de saúde devidamente regulamentado em termos constitucionais não haveria, segundo os debatedores, justificativa técnica para esse

padrão de desigualdade, mas uma justificativa político-partidária. O sistema de saúde brasileiro, portanto, considerando todos os seus avanços, preserva as desigualdades em saúde ao longo desses anos.

Outro dado apresentado foi o referente à disponibilidade de equipamentos. Conforme apresentado, de fato houve uma ampliação da disponibilidade dos equipamentos, porém essa ampliação foi concentrada na região sudeste, caracterizando novamente uma distribuição regional injusta reflexo de uma influência político-partidária.

Consenso entre os debatedores foi a consideração que essas desigualdades em relação aos gastos com saúde e disponibilidade de equipamentos são reflexo de desigualdades sociais. Outra fala consensual ainda nesse contexto foi a que essa desigualdade possui gradientes, ou seja, a desigualdade é estratificada/ segmentada. Essa tipologia da desigualdade confere ao sistema de saúde brasileiro a característica de um sistema de saúde segmentado essencialmente caracterizado por dificuldades de acesso a serviços de saúde, orientado pelo mercado e, de certa forma, imune às necessidades e determinantes da saúde. De forma complementar nesse contexto, houve ainda uma fala da plenária interessante que menciona que o sistema de saúde é forte e muito bem embasado, mas não homogêneo em termos de acesso e qualidade de serviços.

Uma conclusão pertinente quanto a esse aspecto tomando as próprias falas dos debatedores é a de que o serviço público de saúde se ampliou e a APS é prova disso. A utilização dos serviços também aumentou e há dados concretos e objetivos fruto de estudos epidemiológicos bem embasados que corroboram esse fato. Porém há o que foi chamado de “*apartheid*” no acesso a esses serviços de modo que quanto maior a renda maior o vínculo a planos de saúde e quanto menor a renda maior o uso dos serviços oferecidos no contexto da APS, o que reproduz a segmentação do sistema de saúde. Falta é diferente de distribuição desigual em relação a algum tipo de serviço ou tecnologia da saúde, e, nesse contexto, um aspecto consensual entre os debatedores que o principal problema do sistema de saúde brasileiro é a distribuição desigual desses aspectos.

Algumas falas da plenária deixaram clara a concordância em relação a esses pontos acima mencionados, como a fala de que o sistema de saúde é coerente com o desenvolvimento social/econômico brasileiro em termos de desigualdade e segmentação e que, considerando o Nordeste, há desigualdades inter e intraestados reflexo da iniquidade da gestão pública e de financiamento, o que se repercute na dificuldade de implementação de políticas públicas em determinados locais, gerando questionamentos em relação à forma de financiamento do SUS.

## 2.2 Relação entre ofertas de serviços e postos de trabalho (público *versus* privado)

Outro aspecto discutido foi em relação à gestão de serviços no âmbito do SUS. Em termos temporais houve uma ampliação da oferta de serviços públicos de saúde, maior do que de serviços privados, inclusive. Porém essa mudança não se repercutiu em

termos de postos de trabalho, de modo que houve um aumento consideravelmente superior dos postos de trabalho privados após o SUS. Ou seja, houve um aumento dos serviços públicos ofertados, mas esse aumento não foi acompanhado de maneira proporcional pelos postos de trabalho públicos em relação aos privados.

Essa análise deve ser feita com ponderação quando considerados os diferentes profissionais da saúde. Essa relação acima mencionada é válida em relação a médicos, enfermeiros, além de técnicos de nível de escolaridade médio. Quando considerados os odontólogos essa relação se configura de maneira diferente: há uma proporção direta entre serviços públicos prestados e postos de trabalho públicos. Isso pode levar à conclusão de que políticas públicas bem articuladas a Política Nacional de Saúde Bucal através do Brasil Sorridente, por exemplo, são capazes de interferir na estrutura.

### 2.3 Mercantilização do sistema de saúde

O aumento substancial do papel do setor privado no sistema de saúde brasileiro foi outro ponto de discussão e consensual entre os debatedores. Correlacionando esse aspecto ao SUS, entendeu-se que o mercado dos serviços de saúde através dos planos de saúde contradiz a ideia do SUS de transformação da sociedade em termos de condições de vida adequada para todos.

Um vetor importante de privatização apontado foi que temporalmente pós-SUS houve um aumento dos recursos físicos no sistema de saúde, mas não houve aumento em relação aos recursos humanos na estrutura da saúde pública, tanto superior quanto técnico.

Outros fatores foram considerados no contexto do sistema de saúde brasileiro visto sob a ótica de mercado, como a migração dos serviços hospitalares para serviços que remuneram mais. Outro fator comentado foi a renúncia fiscal na saúde e seu impacto: quem realmente se beneficia nesse processo? Será essa uma das alternativas ou esse é mais um meio que intensifica o processo de privatização do sistema de saúde?

Tais fatores se refletiram em falas dos debatedores em relação à necessidade de desprivatização do sistema de saúde no Brasil: é preciso repensar a privatização do sistema de saúde, de modo que esse meio não seria o mais adequado para enfrentamento de seu problema estrutural.

### 2.4 Informações para intervenções

Houve um consenso entre os palestrantes em relação à ausência de dados que confirmam às análises sobre qualidade e acesso aos serviços de saúde uma base concreta para discussão. Chegou-se a um consenso de que é essencial que se estimule a produção de informação e avaliações referentes a esses aspectos para intervenções efetivas no contexto das desigualdades em saúde.

## 2.5 Visão reducionista dos Determinantes Sociais da Saúde

Uma percepção comum tanto entre os debatedores quanto em relação à plenária foi a de que os determinantes sociais influenciam de maneira significativa as condições de saúde e o uso dos serviços, de modo que os determinantes sociais da saúde não podem ser reduzidos a fatores de risco e, logo, a variáveis epidemiológicas, devendo-se considerar a determinação social dos fatos.

## 2.6 Acesso aos serviços de saúde: relação conceitual

Para esclarecer o que seria acesso ou acessibilidade foram apresentados os significados dos termos cobertura, utilização e acessibilidade em si. A cobertura se refere ao volume de serviços ofertados a uma determinada população quando se fala em cobertura potencial e se refere à proporção da população que se beneficia com determinado programa ou política quando se fala em cobertura real. Nesse último caso a cobertura se refere à utilização dos serviços, ou seja, o ingresso do indivíduo no sistema de saúde.

Acesso se refere às características que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços de saúde que estão associadas a fatores como a organização dos serviços e recursos dos usuários para superação dessas dificuldades. Nesse contexto coube a discussão referente ao desligamento entre as relações sociais de produção e o consumo desses serviços, caracterizando uma perda da compreensão da complexidade dos DSS, já que sua análise por vezes se limita à dimensão do consumo, sem entender o conjunto de relações por traz dele. Ou seja, há apenas um entendimento da dimensão consumo em relação aos serviços de saúde sem entender as dimensões de cobertura, acesso e utilização desses serviços e os aspectos relacionados aos mesmos, como gênero, opções sexuais, escolaridade, renda, moradia, dentre outros.

Conforme falas também consensuais dos debatedores, não é só o acesso que tem ser considerado, mas também sua qualidade. Além disso, acessibilidade e qualidade são componentes centrais de um sistema de saúde que só podem ser entendidos quando considerados no contexto de outros componentes como financiamento, infra-estrutura, modelos de atenção, gestão e organização.

## 2.7 SUS e opções para o sistema de saúde brasileiro atual

Além de todas as colocações referentes às desigualdades em saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro, um questionamento interessante foi colocado em discussão por um participante: o SUS é iatrogênico no que se refere aos danos causados por algumas intervenções clínicas realizadas em seu contexto? Coube ao debatedor comentar que é importante considerar os importantes avanços do sistema de saúde após o SUS, no entanto, deve ser considerada essa hipótese sim. Um exemplo no que se

refere a esse ponto é a frequente prática de partos não normais que influencia consideravelmente nas taxas de mortalidade neonatal.

Foi consensual que o sistema de saúde brasileiro tem seus pontos positivos, mas é que é muito importante que se refira seus pontos negativos buscando intervenções para sua melhora enquanto sistema de saúde universal. Pensando na questão da saúde pública antes e após o SUS, a reforma proporcionada por esse sistema foi questionada, de modo que uma reforma administrativa e não uma reforma da saúde em si foi alcançada através de sua implementação.

Há atualmente os chamados projetos expansionistas, de abrangência, como os referentes às vacinas e ampliação do acesso aos medicamentos e há os chamados racionalizados, que se referem mais ao contexto de políticas envolvendo questões como regionalização e reorientação do uso dos recursos. Considerando esses projetos e tendo em vista os problemas já mencionados acerca do sistema de saúde brasileiro coube a referência ao longo da sessão temática que se deve pensar agora na elaboração e subsequente implementação de projeto alternativos que possam responder às necessidades evidenciadas quando considerado o atual sistema de saúde do Brasil.

O sistema de saúde requer profissionais com qualidade e que atendam às necessidades reais da população. Essa questão perpassa pela necessidade de reavaliação das grades curriculares dos estudantes dos cursos da saúde e pela necessidade de reavaliação das informações e práticas passadas através da relação professor-aluno, considerando que os recursos humanos na saúde refletem muitos aspectos que aprendem ao longo de sua formação.

A determinação social no que se refere ao acesso e qualidade dos serviços não foi superada com o SUS. Atualmente há sistemas de saúde organizados de formas diferentes (público e privado), e não um sistema universal, cabendo o questionamento: é público para quem? Foi referido que talvez a discussão sobre financiamento possa resultar em mudanças nesse contexto.

Ainda nesse contexto, foi importante a colocação de que a inserção mais efetiva da saúde na agenda governamental, a qual não pode se caracterizar como uma agenda eleitoral. É essencial inserir na agenda grandes projetos de saúde pública, políticas voltadas para determinação social do processo saúde-doença visando melhorar as condições de saúde da população através da melhora das condições de vida, trabalho, moradia.

O projeto alternativo em pauta deve ser aquele que redemocratizará o sistema de saúde, devendo-se considerar quais são os atores que devem sustentar esse projeto. É preciso aprofundar a luta pela SUS, sistema igualitário, que promova melhoria nas condições de saúde de todos e resgatar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a luta pela universalidade e equidade e a defesa por um sistema solidário. Para tal, é essencial que se invista na rede pública, reduza o investimento no setor privado e fortaleça a participação social.