

dências sobre ampliação da procura de cuidados e atenção e saúde, centralidade assistencial das portas de entrada da rede SUS e redução das desigualdades regionais e classes de renda são essenciais à compreensão de um sistema de saúde complexo e segmentado. Não há dúvidas sobre os importantes avanços obtidos mediante a extensão de coberturas das unidades de saúde da família. As evidências se acumulam desde os tradicionais indicadores de acesso, como ter um serviço de saúde de uso regular (condição que foi atingida por mais de 70% da população brasileira em 2008) até a maior procura por postos e centros (42%, em 1998, para quase 57%, em 2008), passando pela redução nas desigualdades, segundo classes de renda, no acesso à consulta médica<sup>1</sup>.

Os questionamentos formulados no artigo se direcionam aos limites e contingenciamentos dos avanços. Embora o trabalho não objetive responder a pergunta a respeito das correlações entre a magnitude e a natureza dos avanços na ampliação do acesso ao SUS, tendo por referência as significativas alterações na distribuição da renda do Brasil no início do século XXI, seus subsídios contribuem para a construção de pontes entre as políticas econômicas e sociais. A disjuntiva entre a melhoria das condições de renda e da capacidade de consumo da população brasileira e o fortalecimento ou não da opção de “saída” ou “voz” está implícita no debate sobre a política nacional de saúde<sup>2</sup>. Para equacioná-la é imprescindível encarar simultaneamente a velocidade de expansão do SUS e da privatização da assistência médico-hospitalar.

Segundo dados ajustados de pesquisas de emprego e renda, o dinamismo social no Brasil tem sido intenso. Entre 2003 e 2009, o contingente da população considerada miserável decresceu de 34% para 19,6% (uma variação de -42,5%)<sup>3</sup>. A expansão da capacidade instalada de equipes de saúde da família foi compatível com a observada em relação à renda. Nesse intervalo de tempo a cobertura das equipes de saúde da família aumentou 35,7% para 50,7% (equivalente a uma variação de 49%) e manteve-se nesse patamar atingindo 53,1% em 2011<sup>4</sup>. No que se

---

## Entradas e Bandeiras e o SUS no Século XXI

Inputs and banners and the Unified Health System (SUS) in the twenty-first century

*Ligja Bahia*<sup>3</sup>

O artigo de Marluce Araújo Assis e Washington Abreu de Jesus tem inúmeros méritos. É relevante e oportuno ao conectar reflexões cuidadosas sobre a bibliografia disponível a respeito do tema com a declaração de compromissos de “derrotar o conformismo social”. A sistematização do conhecimento sobre acesso e SUS, acesso e atenção primária à saúde avança hipóteses, indagações e um modelo de análise da política de saúde. Além disso, a embalagem verde e amarela, escolhida pelos autores, em um contexto de importantes mudanças econômicas e sociais, torna a leitura do artigo ainda mais instigante. Os resultados não são lineares: avanços e impasses são cuidadosamente elencados. Fica para os leitores a tarefa de recusar avaliações simplificadas e seguir adiante desvendando possibilidades de implementação do SUS. O acesso é uma chave essencial à efetivação do direito à saúde. Assim, as evi-

---

<sup>3</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. ligjabahia55@gmail.com

refere aos planos e seguros privados de saúde, a velocidade de aumento dos contratos entre 2000 e 2009 situou-se em torno de 35%. Até aí uma monótona sintonia entre proporções. O que destoava nessa paisagem é a assimetria entre o incremento no faturamento da assistência suplementar e os gastos públicos. Enquanto o primeiro praticamente triplicou entre 2001 e 2009 (R\$ 22 bilhões para R\$ 65 bilhões), as despesas públicas aumentaram menos de duas vezes (R\$ 76,2 bilhões para R\$ 130,5 bilhões). Ou seja, houve um investimento diferenciado das famílias, empresas empregadoras e governo no financiamento dos serviços médicos hospitalares privados. Quem se dedica a estudar políticas de saúde sabe que tal diferenciação arrasta consigo discriminações e privilégios.

No Brasil colonial as expedições denominadas entradas e bandeiras ocorreram sucessivamente. Embora haja controvérsias sobre as características desses processos de expansão territorial, admite-se que as entradas foram empreendimentos oficiais enquanto que as bandeiras constituíram-se a partir de iniciativas particulares. Ambas as iniciativas visaram aumento das riquezas e expansão territorial. No século XXI, na saúde as iniciativas oficiais convivem com a reorganização empresarial e financeirização da saúde. Os esforços governamentais de expansão de coberturas são contingenciados pelo uso concorrente de recursos. Portanto, não é exato supor a existência de uma cobertura duplicada. Cada segmento da população dispõe apenas de determinada parcela de recursos assistenciais. Só quem tem liberdade de usar todos os recursos existentes no país são os muito ricos. Os próprios trabalhadores dos hospitais filantrópicos-privados considerados excelentes, localizados em São Paulo e no Rio Grande do Sul, não contam com os estabelecimentos onde atuam para atendê-los quando necessário. Consequentemente, as barreiras à entrada em serviços de saúde considerados excelentes são objetivas e perversas. Quem acessa os melhores serviços de saúde não são sempre aqueles com problemas mais graves. Os conceitos que exprimem com clareza a concomitante expansão do acesso ao SUS e a privatização dos serviços médicos-hospitalares são: concorrência e exclusividade. A maior parcela dos subsídios e das deduções fiscais direciona-se exatamente àquelas unidades de saúde cujo acesso é totalmente vedado para a imensa maioria dos brasileiros.

Acesso é uma expressão polissêmica, que remete a distintas categorizações e interpretações

de várias práticas sociais individuais e coletivas que não são apreensíveis como entidades fixas e imutáveis. A definição de acesso como liberdade para uso das ações e serviços de saúde não se reduz à obtenção de vagas para consultas ou exames e muito menos à inscrição de famílias e domicílios nos cadastros governamentais. A saúde é um bem social que requer a democratização do acesso a todo o acervo de conhecimentos, tecnologias e saberes bem como a participação das classes populares na definição de necessidades e aspirações relacionadas à saúde. O modelo de análise proposto pelo trabalho, ao combinar as categorias de disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade com as dimensões da política, econômico social, organizacional, técnica e simbólica, é consistente e útil para o desenvolvimento de planos e metas para o SUS. Contudo, não é plausível dissociar a reflexão sobre acesso daquela referente à justiça e à determinação social do processo saúde-doença<sup>5</sup>. No Brasil, o acesso independente da capacidade de pagamento pelo cuidado à saúde e aquele calibrado pelo status sócio-ocupacional são realidades palpáveis. A alternativa mais adequada para a sustentabilidade de um sistema de saúde igualitário e equânime no Brasil é o SUS. No entanto, não é assim que pensam e agem indivíduos e grupos que acabam de ascender na pirâmide de renda. Por enquanto, a adesão aos planos privados de saúde, quase sempre exigente do acionamento de estratégias coletivas, tem sido apreciada como um passaporte para a livre escolha e em certos casos sinal de distinção (ser morador de domicílio não contemplado pelo bolsa família). Assim, a privatização não é um pano de fundo e sim o principal vetor de restrição de acesso, incluindo, paradoxalmente, parcelas consideráveis de indivíduos vinculados a planos menos abrangentes.

Portanto, a profundidade e a extensão dos desafios contemporâneos do SUS requerem que as tensões entre o público e o privado sejam explicitadas e incluídas nas avaliações de políticas de saúde. Dimensões relacionadas com o acesso como confiança de obter cuidado quando necessário, que remetem a perspectivas de atendimento em sistemas públicos abrangentes e qualificados, podem contribuir para discernir valores, práticas e concepções envolvidas com a passagem da população no sistema de saúde público e privado. Anteriormente, a exploração das riquezas e a escravização dos índios por entradas e bandeiras desembocou na conquista de imenso território, o qual abriga imensas desigualdades. Sem contra-

pesos democráticos, o acesso pode ser confundido como marketing governamental ou fetiche liberal. O estudo de Marluce e Washington, ao nos alertar exaustivamente sobre as persistentes desigualdades na exposição aos riscos à saúde e diferenças no acesso aos meios para evitá-los, revê latitudes e longitudes à aproximação da universalização. A melhor rota de navegação pelo sistema de saúde brasileiro é sempre aquela capaz de discernir em suas supostas dicotomias e polarizações, contradições e continuidades.

### Referências

1. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Revista Radis* 2010; 96:12-19.
  2. Hirschman A. *Saída, voz e lealdade*. Editora Perspectiva: São Paulo; 1973.
  3. Quadros W. *Em 2009 a heterodoxia afastou a crise social*. Campinas: Unicamp; 2011. (Texto para Discussão IE, n.189)
  4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 2012. [site na Internet]. [acessado 2012 set 28]. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos\\_abnumeros/dab\\_graph\\_sf\\_acs\\_sb\\_cobertura.jpg](http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jpg)
  5. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-268.
-