

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

SARA LADISLAU DA SILVA

PLANEJAMENTO DO SUS:

Uma análise da existência de ações para melhoria e ampliação do acesso

RIO DE JANEIRO
Fevereiro de 2016

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM GERÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

SARA LADISLAU DA SILVA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio de Gerência em Serviços de Saúde.

Orientador(a): Simone Cristina da Costa Ferreira

Co-Orientador(a): Jairo Dias de Freitas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM GERÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

PLANEJAMENTO DO SUS:
Uma análise da existência de ações para melhoria e ampliação do acesso

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial
para a obtenção do grau técnico de nível
médio de Gerência em Serviços de Saúde.**

Banca Examinadora:

Prof^ª. Simone Cristina da Costa Ferreira (Orientadora)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV

Prof. Jairo Dias de Freitas (CO-Orientador)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV

Prof^ª. Letícia Batista da Silva
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV

Prof^ª. Adelyne Maria Mendes Pereira
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV

SUMÁRIO

1. Introdução	07
2. Discussão do Objeto	07
2.1. Planejamento em saúde	07
2.2. Acesso: Categoria de análise	14
3. Justificativa	18
4. Objetivos	18
4.1. Geral	18
4.2. Específicos	18
5. Metodologia	18
6. Resultados	20
7. Considerações Finais	25
7. Referência Bibliográfica	26

RESUMO

O projeto teve como objetivo analisar em que medida as ações voltadas para a melhoria e ampliação do acesso aparecem nos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na SES/RJ. O trabalho buscou num primeiro momento, revisar os conceitos de acesso e planejamento, entendendo como estes são incorporados ao SUS, e também analisar nos instrumentos de planejamento adotados no SUS a forma como aparece o acesso, destacadamente as dimensões econômica e técnica, que se referem respectivamente ao equilíbrio na relação oferta/demanda e a organização da rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada. O estudo proposto foi realizado no âmbito da gestão estadual do sistema de saúde do Rio de Janeiro, tal escolha se deveu à percepção da função da SES na organização do acesso dentro do território e das regiões de saúde. A análise documental esteve apoiada nos documentos de planejamento relativos ao período de 2008-2015. Foram analisados um total de três mil setecentos e setenta e três registros relativos as dimensões pesquisadas.

Palavras-chave: Planejamento, acesso, oferta.

1. Introdução

O trabalho pretende abordar o problema de que a assistência à saúde não supre as necessidades da população do ponto de vista do acesso a saúde e da continuidade do cuidado, problema já apontado por Travassos et al (2006).

[...] a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes (fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde). (MARTINS & TRAVASSOS, 2004, P.191)

Apesar do enfoque do trabalho estar no âmbito estadual é inevitável relacionar com o município, especialmente quando se pensa em repasse financeiro, uma vez que o trabalho pretende abordar o acesso na sua dimensão utilização e continuidade nos três níveis de atenção à saúde e a atenção básica é responsabilidade municipal.

O estudo está delimitado ao período de 2008-2015. Será feita uma análise do planejamento em saúde elaborado para esse período. Intenciona-se compreender como e quais os instrumentos de planejamento em saúde foram utilizados, em que medida a melhoria e ampliação do acesso esteve na agenda da SES/RJ e se as ações desenhadas foram implementadas.

O entendimento de planejamento que inicialmente nos orienta é o proposto por Carlos Matus - Planejamento Estratégico Situacional. Para Matus (1996), planejador é aquele que governa e que tem responsabilidade e capacidade de decisão e condução. Neste sentido, entendemos o planejamento como ato político-técnico.

Queremos saber com este estudo se o tema acesso está na agenda do gestor e como ele é abordado nas suas ações. A hipótese trabalhada é que as ações voltadas a melhoria e ampliação do acesso não tem primazia no planejamento da SES/RJ, sendo esta tratada apenas de maneira incremental.

2. Discussão do Objeto

2.1. Planejamento em Saúde

Podemos compreender planejamento como o ato de desenhar, executar e acompanhar um agrupamento de propostas de ação que visa um determinado recorte da realidade (TEIXEIRA, 2010). O planejamento aparece na América Latina, inicialmente, como instrumento possibilitador de desenvolvimento, entende-se aqui desenvolvimento como crescimento do produto interno, industrialização e aceleração do ritmo do crescimento. Ou seja, as ideias de planejamentos surgem voltadas para a economia.

"Nas sociedades capitalistas baseadas nas 'livres leis do mercado', no *laissezfaire*, o planejamento econômico e social só é admitido após a crise econômica mundial dos anos 30- profunda e prolongada depressão" (GIOVANELLA, 1989, p. 28). O planejamento vai se desenvolver, portanto, em função da administração. É baseado nessa ideia de planejamento que surge a programação em saúde na década de 40, com o método CENDES-OPS que, segundo Teixeira [2010], tinha como proposta primeira identificar, descrever e quantificar variáveis populacionais para conhecer as doenças e agravos da saúde que atingem determinada população. Para isso ser possível, propunha também indicadores do nível de saúde com base em levantamentos demográficos, epidemiológicos e sociais. O CENDES-OPS é um modelo que tem um viés economicista, justamente por ser uma adaptação de fundamentos do planejamento econômico para o social, nesse sentido sua intenção era a racionalização de recursos, o que faz com que alguns de seus preceitos continuem influenciando até os dias atuais.

Introduz-se, dessa forma, planejamento na América Latina com o escopo de desenvolvimento, entendendo que crescimento era a resposta e planejamento uma ferramenta que tratava a realidade como se funcionasse enquanto norma e que queria, sobretudo, a diminuição dos gastos e custos. Como método normativo funcionava numa lógica como se a teoria pudesse corresponder à realidade em sua totalidade, ignorando, dessa forma, os conflitos existentes. O CENDES-OPS é, portanto, "um método normativo e economicista, onde a norma- o deve ser- tem como fundamento principal a relação custo-benefício." (GIOVANELLA, 1989, p. 38).

Nesse método, bastante curativista, ao escolher o objetivo prioriza-se doenças que causam maior dano e cujo combate a morte tenha menor gasto; elegem-se doenças que levariam a morte pessoas que deram maior custo à sociedade, mas que, no decorrer de sua vida, ainda não devolveram ou devolveram pouco o que foi investido, ou seja, um método que visava racionalização do recurso. No momento de aplicação desse planejamento cada país teve suas subjetividades que levantaram questões que o método não solucionava, levando a algumas adaptações e modificações. Esse método, por ser normativo e desconsiderar as contradições e conflitos existentes na realidade, tornou-se pouco útil.

Em 1975, o Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde traz para o debate a discussão sobre construção de políticas de saúde no continente, a partir da elaboração de um documento que define a formulação de políticas como "processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios

através dos quais se deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos" (OPS; CPPS, *apud* TEIXEIRA, 2010, p.20). Esse documento se divide em quatro capítulos, entre os quais o 3º aborda de forma esquemática o processo de formulação de políticas de saúde. Esse esquema apresenta um modelo sequencial, que seria: Imagem-Objeto; Formulação das propostas; Análise das propostas e Formalização de políticas.

Por Imagem-objeto entende-se "uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada" (OPS; CPPS, *apud* TEIXEIRA, 2010, p.20). Podemos inferir que se essa etapa parte da identificação de uma determinada situação há alguma outra (a da identificação), ainda que não apareça no sistema, que a precede.

Depois temos a Formulação de Proposta que é o estágio em que se firma o propósito, a forma que será alcançada e em quanto tempo, a partir da situação presente. Em seguida, temos a Análise das Propostas que consiste em três tipos de análises: coerência, factibilidade e viabilidade, as quais subsidiam o processo de elaboração das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos. Enfim, Formalização de políticas que como o nome sugere é a legitimação dos documentos como leis, decretos, portaria, planos, programas ou projetos.

Esse tipo de modelo recebe críticas quanto ao próprio fato de estar organizado de forma sequencial. Uma vez que os estágios do processo de formulação de políticas interagem e dialogam entre si, não é possível fazer uma separação tão dura entre as etapas.

A outra crítica deve-se ao fato de a proposta assumir como único capacitado e facultado a elaboração de imagem-objeto o indivíduo que detém a autoridade política, quando, na verdade, qualquer ator político deveria poder ser apto.

Nessa proposta feita pelo Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde (CPPS), o objeto de planejamento é o sistema de saúde o qual seria dividido em três níveis: Técnico-operacional, político-administrativo e nível técnico-normativo. Não estaria mais, dessa forma, limitado ao planejamento de um só local, mas se ampliaria. "A planificação de saúde, assim, não se restringe à programação de serviços, mas se amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, quais sejam: gestão, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais" (TEIXEIRA, 2010, p.22).

Mais tarde irão surgir enfoques de planejamento estratégico. Um deles é o de Carlos Matus, economista ex-ministro do governo de Allende no Chile. Para ele planejar significa pensar sistemática e metodicamente antes de agir. Pensar cada possibilidade e refletir sobre suas vantagens e desvantagens, pensando num objetivo; pensar em ações a partir dessas reflexões e projetá-las para o futuro (Teixeira, 2010).

A proposta de Matus é cabível em qualquer situação que tenha problemas, caso possa agir de forma democrática. Para Matus (1996), a planificação situacional, como formulação teórica, parte de uma indicação que compreende um espaço de relações de produção social somente compreensível se esta indicação da situação é feita por quem está inserido neste espaço. Ou seja, a análise é dependente da situação de onde o ator fala – é situacional.

Para Matus (1996), o planejador é aquele que governa e que tem responsabilidade e capacidade de decisão e condução, para ao autor o fracasso do planejamento é consequência do fracasso da condução que, por conseguinte, está ligado a falta de instrumentos, por isso a preocupação dele vai estar em criar artifícios e instrumentos para que o governante possa conduzir bem e dessa forma planejar bem. Esse governante é o ator social capacitado a interferir na realidade, realidade em que ele deve estar inserido, e quem declara os problemas, este entendido como algo que está fora da normalidade. A partir da identificação, descrição e análise desse conjunto de problemas temos o desenho da situação. Carlos Matus (1996) considera a existência de muitos atores e propõe a possibilidade de mais de uma visão na construção dos problemas e objetivos, desde que haja consenso entre os mesmos.

Carlos Matus preocupa-se com os instrumentos que o governante deve usar para não errar na condução de seu governo, um dos elementos mais importante que desenvolveu foram técnicas colaboradoras para uma melhor competência do governo. Para ele, governar está muito além da teoria e requer articulação de três variáveis, que compõe o triângulo de governo (MATUS, 1996), são elas: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema.

O primeiro, **projeto de governo**, alude às propostas do projeto de ação, mas que não pode simplesmente ser proposições descoladas da realidade, mas que estão dentro da capacidade do ator. O segundo, **capacidade de governo**, é justamente o que irá permitir que o primeiro aconteça, refere-se a faculdade para agir, as habilidades e a experiência do ator e sua equipe para gerir o processo social de forma a alcançar os objetivos traçados. E finalmente a **governabilidade do sistema** que diz respeito,

segundo Matus (1996), às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema.

Para Matus uma das mais importantes variáveis ao determinar a capacidade de governo é ter domínio de efetivas técnicas de planejamento e que essa capacidade de governo é manifestada na sua capacidade de direção, gerência e administração e controle. Será nesse sentido que ele irá desenvolver o Planejamento Estratégico Situacional (PES), aplicável em casos onde exista democracia e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado (MATUS, 1996).

O planejamento estratégico situacional é composto por quatro momentos: o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático operacional”. O momento explicativo corresponde, primeiramente, a análise da situação e então identificação, descrição e análise do problema e de oportunidade de ação. O momento normativo será quando o ator, a partir dos problemas selecionados de acordo com sua capacidade de governo, irá traçar os objetivos. O estratégico será o momento de estabelecimento de ações e julgar a viabilidade das proposições. Enfim, o tático-operacional que é o momento de executar as ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano.

A ideia de trabalhar com momentos não é para dividir, mas justamente demonstrar que essas etapas ocorrem simultaneamente. "A construção da análise da situação, por exemplo, faz parte do momento explicativo, porém está fundamentada numa ideia de futuro que se pretende alcançar (momento normativo), e, ao mesmo tempo, é uma forma de avaliar o momento presente (momento tático-operacional), a partir de determinadas normas consideradas adequadas (momento normativo) para enfrentar os problemas priorizados." (TEIXEIRA, 2010).

Uma vez feita uma contextualização do planejamento, precisa-se dizer que ao longo desse projeto trabalharemos com Planejamento em Carlos Matus. Mas, antes de seguir adiante, vale uma breve explicação do por que trabalhar com planejamento. Bom, esse interesse parte do entendimento que tem como pressuposto que planejar é melhor do que improvisar e que, portanto, planejamento é a melhor alternativa ao tomar decisões. E dentro dessa área do planejamento, Matus parece o autor que melhor conseguiu indicar uma forma de planejamento quando se trata de problemas complexos e, de fato, os problemas de saúde são muito delicados e de grande complexidade.

O SUS adota alguns instrumentos de planejamento que estaremos trabalhando, os quais são: Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

"No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas" (BRASIL, 2009, p.18). Ou seja, nos Planos de Saúde estão os objetivos que o planejador/governante traça para cumprir em certo período, a partir da observação e definição de problemas, podendo ser a nível municipal, estadual, regional e local. O Plano de Saúde estadual deve considerar o municipal, assim como o nacional deve considerar o estadual. O Plano de Saúde contém: Objetivos, Diretrizes e Metas.

Objetivo é, basicamente, o que se pretende fazer. É o fim que se quer chegar para controlar os problemas identificados na análise situacional; Diretrizes são uma forma de síntese da estratégia e prioridades do Plano; Já as metas são expressões quantitativas de um objetivo, "o que" "para quem" "quando". (BRASIL, 2010, p. 26)

Este é o instrumento base para todos os outros em planejamentos. É também instrumento fundamental para pensar regionalização e hierarquização de serviços.

Para o recebimento de orçamento o Plano de Saúde é essencial, pois contém nele as ações que serão realizadas ao longo do ano e, portanto, a possibilidade de calcular o gasto.

Programação Anual de Saúde "é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde." (BRASIL, 2010, p.33) Isto é, a partir dos objetivos, metas e diretrizes e a fim de contempla-los são definidas as ações e recurso financeiro.

Relatório Anual de Gestão "é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde" (BRASIL, 2010, p.41) Ou seja, os resultados obtidos com o Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde ficam registrados nesse documento. O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado conforme o Plano e, inclusive, indicar ajustes e sugestões ao próximo Plano, se necessário.

Então, em suma, o Relatório deve averiguar se houve cumprimento das metas, analisar a execução da programação e fazer recomendações.

Nesse trabalho a intenção é fazer uma análise do Plano de Saúde de 2010 analisando a Programação Anual e o Relatório Anual, mas, especialmente, analisando o próprio Plano. E, uma vez discutido conceitos de planejamento e estabelecido com qual concepção estaremos trabalhando, é inviável ir adiante sem que também se discuta e

estabeleça através de qual lente, por assim dizer, iremos observar o planejamento. Isto é, o que buscaremos nos instrumentos de saúde.

Interessa-nos atentar para os pontos do Plano de Saúde que tangem as questões de acesso. Acesso é um conceito largamente interpretado e com diversas definições não necessariamente excludentes, como veremos a seguir.

2.2. Acesso: categoria de análise

Como já dito, acesso não é um conceito com um significado único, pelo contrário, vários autores se debruçaram em defini-lo. Travassos e Martins (2004) fizeram uma revisão sobre acesso, na qual vamos nos basear para falar de concepção de acesso.

Segundo Travassos e Martins (2004), Donabedian ao tratar dos aspectos da gestão da assistência médica, usando o termo acessibilidade, subdivide o acesso em duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica, havendo relação entre elas. A primeira: inclui todas as características da oferta de serviços que interferem na capacidade das pessoas do uso de serviços. A segunda: relaciona-se à distância, tempo de locomoção, custo da viagem etc.

Ainda citando Travassos e Martins (2004), para Andersen acesso é apresentado como um dos elementos organizacionais dos sistemas de saúde que se refere, além da entrada no serviço, continuidade do tratamento. "Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes" (TRAVASSOS & MARTINS, 2004). No modelo de Andersen, acesso no uso de serviços de saúde pode ser medido a partir de alguns fatores, seriam eles: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidade de saúde.

Fatores predisponentes são fatores anteriores ao problema de saúde que impulsionam a procura do usuário pelo serviço. Como nome indica, está ligado a predisposição, nesse caso, das pessoas em fazer uso do serviço de saúde; fatores capacitantes seriam a disponibilidade do serviço para o usuário; e necessidade de saúde tem a ver com a percepção que as pessoas têm de sua condição de saúde ou o diagnóstico do profissional de saúde. Segunda as autoras, Andersen está em concordância com Donabedian em acesso enquanto característica da oferta de serviço importante ao pensar em utilização dos serviços de saúde.

Posteriormente, Andersen amplia sua concepção de acesso e, segundo Travassos e Martins (2004), passa explicitamente a incorporar a etapa de utilização do

serviço de saúde. O conceito é então composto por dois elementos: acesso potencial e acesso realizado. O primeiro diz respeito a capacidade do indivíduo de fazer uso do serviço, já o outro refere-se à utilização efetiva desse serviço.

Para Travassos e Martins (2004), Andersen tenta incluir explicitamente no modelo uso de serviços de saúde. E inclui-se ainda mais os conceitos de "acesso efetivo" e de "acesso eficiente". "O primeiro resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou satisfação das pessoas com os serviços; o segundo refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos. Amplia o conceito de acesso realizado (uso) que passa a incluir os seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas. O resultado do acesso potencial pode ser medido pelo uso de serviços (acesso realizado) e o do acesso realizado (uso) pelo acesso efetivo e eficiente" (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 192).

Finalmente, segunda as autoras, Andersen entende que a avaliação da equidade no acesso deve ser feita com a presença de fatores capacitantes na explicação do uso de serviços. Para Andersen, a avaliação do acesso deve ser feito segundo os tipos de cuidado, os tipos de serviços e tipos de problemas de saúde, por serem situações diferentes e portanto repercutem de formas diferentes.

Penchansky e Thomas (1981), em certa medida, concordam com Donabedian, mas se diferenciam ao incluírem dimensões ao conceito de acesso. Sendo elas: disponibilidade de serviços em relação às necessidades; acessibilidade que tem a ver com questão de organização geográfica desses serviços; acolhimento, "que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização" (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 102); capacidade de compra, que é a relação entre financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem; e aceitabilidade, "que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um" (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 102).

Travassos e Martins (2004) entendem a concepção apresentada por Frenk (1985) como fundamentada em Donabedian. Tendo Frenk (apud TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 193) contribuído com a "sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários (necessidades de saúde ⇒ desejo de obter cuidados de saúde ⇒ procura ⇒ entrada nos serviços ⇒ continuidade dos cuidados)" e que acessibilidade estaria ligada às etapas de procura e entrada nos serviços.

As autoras trazem o conceito de acesso definido pelo Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos na década de 90, que é “acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível” (2004, p. 193).

Starfield (2002), segundo Travassos e Martins (2004), diferencia acesso de acessibilidade. Para ela, acessibilidade está relacionada à oferta e o acesso refere-se à forma como as pessoas percebem essa oferta.

Já que o trabalho irá se debruçar em analisar os instrumentos de planejamento em saúde buscando se há destaque em ações de ampliação e melhoria do acesso precisamos, primeiramente, definir qual concepção de acesso estaremos adotando.

Pois bem, utilizaremos acesso como categoria analítica descrito por Jesus e Assis (2010). Sendo assim as lentes através das quais observaremos os documentos do SUS serão as dimensões que são discutidas no texto e retratadas num Quadro denominado “Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços”. São elas: dimensão econômica, dimensão técnica, dimensão política e dimensão simbólica.

A dimensão econômica tem a ver com a busca de equilíbrio entre oferta e demanda que, por sua vez, pode ser entendida como “a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população” (ASSIS & JESUS, 2010).

A dimensão técnica (ou tecno-assistencial) diz respeito a forma como a rede assistencial está organizada. Está baseada no “modelo planejador”¹, isto é, baseado nas ideias de regionalização e hierarquização.

Regionalização e hierarquização que, em síntese, poderiam ser traduzida como: uma maneira de organizar uma região com alguns municípios com quantidade suficiente de unidades de saúde de todos os níveis de complexidade- o primeiro nível de saúde/baixa complexidade (unidades básicas de saúde), segundo nível/média complexidade (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e terceiro nível/alta complexidade (hospitais terciários)- para atender a população residente nesta região. E que seja feito o cuidado da população dessa dada região com um trabalho em conjunto e com integralidade entre essas unidades de diferentes níveis de complexidade através de referência e contra-referência. Sendo dentro dessa região uma unidade básica

¹O modelo sanitário-planificador se caracteriza pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo, garantida pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema organização baseado nos princípios da referência e contra-referência. (Giovenella e Fleury, 1996, apud Jesus e Assis, 2010)

responsável por um município; uma unidade de média complexidade responsável por um grupo de alguns municípios desta região (geralmente tem-se mais de uma unidade de média dentro da região); e uma unidade de alta complexidade responsável por um grupo, dentro dessa região, ainda maior de municípios.

Já a dimensão política está relacionada à consciência sanitária. Trata-se da consciência de saúde enquanto direito e interesse comunitário. Segundo Assis e Jesus, “a construção do acesso nesse sentido se dá pela participação cidadã e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão.” Para os autores, essa dimensão traz elementos que servem de transformação política. Na visão deles, a dimensão política reflete na dimensão econômica na medida em que a consciência sanitária impulsiona à uma transformação na relação oferta-demanda.

E, finalmente, a dimensão simbólica que está intrinsecamente ligada a dimensão anterior. Se por um lado a dimensão política tem a ver com a consciência individual e interesse comunitário, por outro a simbólica é justamente a representação desse interesse comunitário. Ou seja, a dimensão simbólica nos remete às representações sociais. E para além disso, essa dimensão, segundo Jesus e Assis (2010), tem a ver com os sujeitos coletivos dando lugar aos sujeito históricos. Estes, por sua vez, se conformam em sujeitos sociais, coletivamente determinados pelas suas representações.

Ao pensar nessas quatro dimensões é necessário pensar também como cada uma se materializa. A primeira, dimensão econômica, na busca pelo equilíbrio na relação oferta/demanda se materializa através da equidade, racionalização e na relação oferta e demanda em si.

Já dimensão técnica, na tentativa de organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada, se concretiza no planejamento, organização, regionalização, hierarquização, definição de fluxos, qualidade e na resolubilidade dos serviços de saúde.

A dimensão política, por sua vez, na tentativa de desenvolver consciência sanitária e organização popular busca políticas de saúde, conformação histórica do modelo de atenção à saúde e participação da comunidade.

E por fim a dimensão simbólica que, através da percepção, concepção e atuação dos sujeitos, das representações sociais do processo saúde-doença e das representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para entender às

necessidades, procura abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde.

Portanto, ao examinarmos de que maneira as ações para melhoria e ampliação do acesso aparecem nos instrumentos de planejamento do SUS observaremos como estes se materializam, como por exemplo através de: regionalização, participação social, regulação do acesso, dentre outros temas correlatos.

3. Justificativa

No Sistema Único de Saúde ainda existem várias fragilidades tais como: grande fila de espera; problemas para chegar ao local onde são oferecidos serviços de saúde; problemas ao ser feito acompanhamento na linha de cuidado do usuário, pois muitas vezes o usuário se perde no sistema, decorrente da dificuldade de acesso e continuidade do cuidado. Qualquer serviço, programa ou projeto de saúde só é possível ser realizado se o usuário tiver acesso. O que reafirma a centralidade do tema e a sua relevância na área da saúde.

4. Objetivos

4.1. Objetivo Geral

Analisar em que medida as ações voltadas para a melhoria e ampliação do acesso aparecem nos instrumentos de planejamento do SUS, da SES/RJ, no período de 2008 à 2015.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar em que medida os instrumentos de planejamento do SUS são aplicados;
- Analisar à partir de que dimensão ou perspectiva o acesso é incorporado aos instrumentos de planejamento;

5. Aspectos Metodológicos

O objetivo deste trabalho foi analisar em que medida as ações voltadas para a melhoria e ampliação do acesso aparecem nos instrumentos de planejamento do SUS, da SES/RJ, considerando a hipótese de que ações voltadas a melhoria e ampliação

do acesso não tem primazia no planejamento da SES/RJ, sendo esta tratada apenas de maneira incremental.

As estratégias metodológicas a serem consideradas foram específicas a cada objetivo esperado, o que implicou num primeiro momento realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema do estudo: Planejamento e acesso. Para o objetivo dois foi realizada pesquisa documental em site oficial da secretaria de saúde, a pesquisa esteve apoiada em documentos do SUS que já definem quais são os instrumentos que devem ser utilizados pelas instâncias estaduais e municipais do sistema de saúde. O objetivo três esteve organizado à partir de análise documental, dos registros de planejamento produzido pela SES/RJ no período entre 2008 e 2015. Os documentos analisados foram aqueles disponíveis no site: Plano estadual de saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão.

Quadro de documentos utilizados (Quadro I)	
Documentos	Utilizados
1. PES 2008-2011	1. SIM
2. PES 2012-2015	2. SIM
3. PA 2008	3. SIM
4. PA 2009	4. SIM
5. PA 2010	5. SIM
6. PA 2011	6. SIM
7. PA 2012	7. SIM
8. PA 2013	8. SIM
9. PA 2014	9. SIM
10. PA 2015	10. SIM
11. RAG 2008	11. NÃO
12. RAG 2009	12. NÃO
13. RAG 2010	13. SIM
14. RAG 2011	14. SIM
15. RAG 2012	15. SIM
16. RAG 2013	16. SIM
17. RAG 2014	16. SIM

A análise foi feita à partir de palavras-chave, e a sua identificação constituiu etapa do estudo.

A delimitação do caso

O estudo foi realizado no âmbito da gestão estadual do sistema de saúde do Rio de Janeiro, tal escolha se deveu à percepção da função da SES na organização do acesso dentro do território e das regiões de saúde. Além disso, o Rio de Janeiro abarca a maior quantidade de unidades federais e de maior complexidade do país.

A identificação dos critérios

Para identificar critérios que permitam acompanhar em que medida o planejamento em saúde contribui para a melhoria e ampliação do acesso, foi realizada pesquisa bibliográfica e o resultado constituiu etapa do estudo.

Instrumentos de pesquisa

A pesquisa foi feita a partir de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa em site oficial (SES/RJ).

Quadro Dimensões analíticas da categoria Acesso aos Serviços de Saúde (Quadro II)

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
Dimensão Econômica	Dimensão Técnica	Dimensão Política	Dimensão Simbólica
Equidade; Racionalização; Relação entre oferta e demanda.	Planejamento; Organização; Regionalização; Hierarquização; Definição de fluxos; Qualidade; Resolubilidade dos serviços de saúde.	Políticas de saúde; Conformação histórica do modelo de atenção à saúde; Participação da comunidade	Percepção, concepção e atuação dos sujeitos; Representações sociais do processo saúde-doença; Representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.

TOTALIDADE CONCRETA			
BUSCAR O EQUILÍBRIO NA RELAÇÃO OFERTA/DEMANDA	ORGANIZAR A REDE ASSISTENCIAL DE FORMA REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA	DESENVOLVER CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E ORGANIZAÇÃO POPULAR	ABORDAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE			

Fonte: Jesus e Assis (2010)

6. Resultados

A pesquisa documental foi feita por busca através de palavras-chave. Para tal, usamos um quadro de palavras-chave adaptado de Jesus e Assis (2010). Adequando a proposta deste estudo. Neste sentido, o trabalho se restringirá a utilizar as dimensões econômica e técnica. Isto porque são estas dimensões que melhor refletem e correspondem a abordagem deste estudo, isto é, é na oferta (dimensão econômica) e na organização (dimensão técnica) dos serviços que o acesso tem sua expressão concreta, ou seja, onde o usuário melhor percebe o Sistema Único de Saúde.

Quadro de palavras-chave adaptado(Quadro III)

PALAVRAS-CHAVES	
Dimensão econômica	Dimensão técnica
Transferência; Financeira; Recurso; Ampliar; Oferta; Acesso; Construção; Repasse;	Regulação; Regionalização; Rede; Referência; Pactuação.

<p>Implantar; Reforma.</p>	
--------------------------------	--

Algumas palavras, no momento da busca, foram utilizadas somente o seu radical. Faz-se necessário algum esclarecimento do que foi pressuposto ao escolher tais palavras. As palavras buscaram traduzir o que Jesus e Assis (2010) entendem como totalidade concreta da dimensão. Uma vez que a dimensão econômica está ligada, ao equilíbrio na relação oferta/demanda, os significados dado as palavras, não distante de seus campos semânticos originais, foram nesse sentido. Por outro lado, pensando na lógica de organizar os serviços de saúde da forma que o próprio SUS se predispõe, ou seja, de forma regionalizada e hierarquizada, foram pensadas palavras também referentes a isso. As palavras escolhidas também estão intimamente ligadas entre si o que vem a ocasionar, inclusive, uma ser necessária para a explicação da outra, o que também pode tornar essa explicação repetitiva. Ainda assim, a necessidade de elucidar o sentido empregado persiste. Por isso montamos um quadro com esse intuito:

Quadro (IV)
Tranfer: transferir, passar para outro (estado para município) recursos, unidades, apoio, equipamentos etc.
Financeir: Prover recursos para área da saúde.
Recurso: Auxílio, ajuda humana, financeira, máquinas ou prédios para a área da saúde.
Ampliar: Abranger, expandir serviços de acesso à saúde.
Oferta: Oferta de serviços de saúde, em qualquer ou quaisquer níveis de complexidade.
Acesso: entrada e, se necessário, permanência e fluxo do usuário no serviço de saúde.
Constru: Construção tanto de unidades como de estratégias e modelos assistenciais.
Repass: Semelhante a transferência, passar recursos para outro.
Implantar: Inserir qualquer ação, programa, unidade de saúde que objetive a ampliação da oferta de serviços.
Reforma: reestruturação física de alguma unidade ou organização.
Regulação: Controle e monitoramento do acesso para melhor organização dos serviços de saúde.
Regionalização: Organização, a partir da pactuação entre os gestores, dos fluxos e ofertas de serviço.
Rede: Linhas de cuidado e fluxos através dos quais a organização acontece para alcançar a regionalização.

Referência: Unidade que serve como polo norteador de alguma rede de serviço.
Pactuação: Acordo entre os gestores dos serviços para estabelecer de que forma o fluxo e a oferta irá acontecer.

Além disso, vale lembrar que, apesar das palavras estarem divididas em grupos (dimensão econômica e dimensão técnica), não necessariamente aparecerão somente no contexto do grupo em que estão inseridas. Ou seja, uma palavra que no quadro pertence a dimensão econômica pode ser encontrada numa citação referente a dimensão técnica.

Estabelecido isso, partimos então para a observação dos documentos, propriamente. Como já dito, a pesquisa foi feita através de palavras-chave, o que significou observar trechos em que essas palavras escolhidas apareciam. Alguns trechos não foram considerados para a análise por estarem muito distante de algum significado relevante. E os que foram levados em consideração totalizam 3773 (três mil setecentos e setenta e três).

Apesar do número relativamente extenso de citações, ao filtrarmos quais estão vinculadas diretamente ao tema de ampliação e melhoria do acesso o número cai para 944 (novecentos e quarenta e quatro), isto é, apenas $\frac{1}{4}$ das vezes que essas palavras aparecem estão num contexto de ampliação do acesso.

A partir disso, a atenção passa a ser para essas 944 citações vinculadas ao tema acesso. Em outras palavras, ao que esse acesso citado se refere. Como as dimensões que estão sendo trabalhadas nesse capítulo são a econômica e a técnica, esse grupo de palavras foi dividido dessa forma, quais desses trechos pertenceriam a um campo de dimensão e quais a outro. Alguns poucos acabaram por não se encaixar em nenhum.

O resultado foi que 575 palavras estavam ligadas a dimensão econômica e 246 ligadas a dimensão técnica. Ou seja, se de alguma forma é possível mensurar atenção, mais do que o dobro da atenção para as questões da saúde está voltada para expandir acesso através da capacidade instalada em relação organização da rede de saúde.

A partir desse resultado, o trabalho passa a se concentrar em mapear para quais níveis de atenção à saúde essas ações estão voltadas. Na tentativa de tentar explicar acerca do comportamento do tema acesso nos documentos, isto é, quais níveis e forma de acesso são promovidos, foram identificadas 5 categorias, que não abrangem todas as citações, mas que servem para elucidar como esse tema do acesso aparece ao longo do texto. As categorias são: Alta e média complexidade; Assistência farmacêutica; Atenção

básica; Leitos; UPAs; Ações de regionalização e hierarquização, Rede de urgência/emergência e Promoção da saúde.

Cada categoria definida se dá pelo motivo de ser bastante recorrente nos documentos ou, pelo contrário, quase não ser citadas, apesar da relevância que há ser. Nesse sentido, observamos que as citações relacionadas à alta e média complexidade ocorrem 228. O que nos leva a segunda categoria, Atenção básica, com um número bem menor de citações, apenas 163. Ora, esses números isolados nada informam, mas se comparados entre si tornam-se interessante pelo motivo de cerca de 70% de resolubilidade dos problemas de saúde poderem estar na Atenção primária. Porém, apesar disso, os outros níveis de saúde têm mais destaque.

Já as ações referentes à assistência farmacêutica são citadas 24 vezes. Também é curioso observar esse número em relação a outro. No caso, o número de vezes que promoção da saúde (com essa nomenclatura) surge nos documentos, 8 vezes. A preocupação com medicamentos (tratar de doenças) aparece três vezes mais do que com promoção da saúde (prevenir doença e promover saúde).

Além da atenção significativamente maior dada aos níveis de saúde de maior complexidade e assistência farmacêutica, temos os leitos aparecendo nos documentos 48 vezes (17 sendo leitos de UTI). E a rede de urgência e emergência e as UPAs são citadas pelo menos 9 e 28 vezes, respectivamente.

Temos as Ações de regionalização e hierarquização. Cabe aqui uma breve explicação: chamamos assim citações que dizem respeito as ações que visam promover o acesso regulado e organização da rede. Ainda que dentro das outras ações possam existir esforços nesse sentido, aqui tratamos das que, de fato, estão vinculadas a regionalização e hierarquização em seu sentido mais direto e restrito. Essas aparecem cerca de 101 vezes.

Apesar dessas ações serem algo que apareça relativamente bastante, é interessante a observação de que nos documentos referentes ao Planejamento Estadual e a Programação Anual é apresentado, ao longo dos anos, algum equilíbrio em relação as ações relacionadas a dimensão econômica e a dimensão técnica. Ainda que geralmente haja mais destaque para dimensão econômica, em alguns desses documentos a dimensão técnica aparece mais vezes e ainda em outros a diferença é pouca. Diferentemente do Relatório Anual que sempre apresenta bem mais citações relacionadas a dimensão econômica. Ou seja, no momento de analisar o que foi feito durante o ano, as ações que tem a ver com a dimensão relacionada a capacidade

instalada aparecem sempre muito mais do que aquelas que demandam organizar, monitorar, controlar e avaliar o sistema e suas redes.

Algumas das observações possíveis diante disso são que ou há uma dificuldade muito grande de investir em organização da rede ou que de fato não há muitos esforços para que isso aconteça. Em virtude das considerações já feitas acima de quais ações de saúde o estado tem priorizado, a segunda conclusão parece mais pertinente.

Além disso e por fim, o que se pode perceber ainda é que a ideia de promoção da saúde não é estranha aos documentos. A questão está na relevância que tem em relação as demais ações. Assim, a concepção de saúde que se pode extrair dos documentos de planejamento é a de que o usuário deve procurar o SUS especialmente quando for uma urgência. Por isso tem mais destaque as ações relacionadas a UPAs, Leitos e outros tipos de serviços de níveis de complexidade de atenção que requerem que o usuário tenha um agravo mais sério de saúde.

7. Considerações finais

O objetivo da pesquisa, analisar em que medida as ações voltadas para a melhoria e ampliação do acesso aparecem nos instrumentos de planejamento do SUS, da SES/RJ, no período de 2008 à 2015, foi cumprido.

Os objetivos específicos inicialmente eram: (i) Entender o que é planejamento em saúde; (ii) Identificar em que medida os instrumentos de planejamento do SUS são aplicados; (iii) Analisar à partir de que dimensão ou perspectiva o acesso é incorporado aos instrumentos de planejamento e, (iv) Analisar os resultados do plano de ação do SUS no que tange o acesso no período de 2008-2015. O processo de levantamento e análise de dados conduziu a revisão destes. Avaliamos que o primeiro objetivo constituía atividade inerente ao processo de elaboração deste texto, não necessariamente um objetivo a ser alcançado, ainda que necessário para a construção deste trabalho. O último objetivo implicava no acompanhamento da execução das ações, atividade que se apresentou como inexecutável em virtude do tempo que dispúnhamos para a realização da pesquisa documental.

Do ponto de vista do alcance dos objetivos, é possível afirmar que conseguimos identificar em que medida os instrumentos de planejamento do SUS foram aplicados. Todos os Planos Estaduais e Programações Anuais que o trabalho se propôs a analisar foram achados, porém nem todos os Relatórios de Gestão foram encontrados. Os Relatórios dos anos de 2008 e 2009 não foram encontrados, todavia não é possível afirmar se, de fato, não foram elaborados nesses anos ou apenas não estão disponíveis no site. E foi possível ainda analisar a partir de que dimensão ou perspectiva o acesso foi incorporado aos instrumentos de planejamento.

Na análise das dimensões do acesso incorporadas aos instrumentos de planejamento foi possível concluir que, os esforços do estado são, em grande parte, no âmbito da dimensão econômica. Ou seja, de fato as ações para ampliação de saúde aparecem voltadas para ampliação da capacidade instalada com maior frequência. Realmente a preocupação parece ser maior para cuidar do usuário já adoentado do que prevenir que ele chegue a estágio de necessitar de tratamento de alguma doença.

A hipótese levantada neste estudo é que as ações voltadas à melhoria e ampliação do acesso não tem primazia no planejamento da SES/RJ, sendo esta tratada apenas de maneira incremental. O estudo permitiu a confirmação da hipótese. É necessário, no entanto, destacar algumas limitações da pesquisa tais como a pesquisa por palavras chaves em si, ou seja, só as partes que apareciam as palavras chaves foram levadas em consideração para conclusão da pesquisa, desconsiderando, de certo modo, o restante do documento; ou limitações como a quantidade de palavras chaves, que foi diferente para cada dimensão (cinco palavras para dimensão técnica e dez para dimensão econômica), o que pode ou não influenciar no resultado; além de outras limitações que ratificam a necessidade de aprofundamento da pesquisa.

Por fim, a pesquisa deixa a necessidade de uma ampliação deste estudo para uma melhor compreensão do tema.

8. Referência Bibliográfica

TEIXEIRA, C. F. ; Abreu, W. L. J. . Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em saúde. In: Carmen Teixeira. (Org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, v. , p. 17-32.

TRAVASSOS, C. ; Oliveira, EXG ; VIACAVA, F. . Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C. M. R. ; MARTINS, Mônica . Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20,S190-S198, 2004.

GIOVNELLA, L.; et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan/abr, 2002.

GIOVANELLA, L. As origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : organização e funcionamento/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. -3.ed.- Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 100p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v.1).

BRASIL. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento : programação anual de saúde e relatório anual de gestão : estrutura e conteúdo/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. -3.ed.- Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 32p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v.6).

BRASIL. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : formulação de políticas específicas de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. -3.ed.- Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 28p. : il.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v.7).

BRASIL. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : curso de atualização para o uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS: OS, PAS e RAG : guia do participante/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. -3.ed.- Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 84p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v.10).

MATUS, Carlos. O Método PES: Franco Huertas. São Paulo: FUNDAP, 1996. 4ª. Impressão.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Plano Estadual de Saúde: 2008-2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Plano Estadual de Saúde: 2012-2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2008.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2009.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2012.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Programação Anual de Saúde: 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Relatório Anual de Saúde: 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Relatório Anual de Saúde: 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Relatório Anual de Saúde: 2012.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Relatório Anual de Saúde: 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual. Relatório Anual de Saúde: 2014.