



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

ACESSO DOS USUÁRIOS A UMA UNIDADE DE SAÚDE EM ALTA COMPLEXIDADE: ENTRAVES ENCONTRADOS

Mariana Amaral Paiva Brito¹

Resumo: O presente trabalho consiste da análise de documentos sobre a população usuária do Serviço Social de um hospital de alta complexidade de doenças cardiovasculares do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca elucidar sobre a forma de entrada da população usuária neste serviço de saúde.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; acesso aos serviços de saúde; administração pública.

Abstract: The present work is based on document analysis about user population of Social Service in a high complexity hospital of cardiovascular diseases of the Single Health System (SUS) in order to elucidate the entrance form of the user population in this health service.

Keywords: Single Health System; health services access; public administration.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo apresentar a partir da análise de dados do diário de campo, 96 intervenções do serviço social na instituição de saúde em alta complexidade no período de setembro a novembro de 2018 com os usuários a forma de entrada nessa unidade de saúde.

Para tanto, nesse primeiro momento cabe apresentar essa instituição. É uma unidade de saúde pública em nível federal, voltada à prestação de ações de alta complexidade na atenção cardiológica.

Dentro da lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) e com base na Constituição Federal de 1988, os serviços prestados por essa instituição são de responsabilidade do Estado, seguindo, em tese, os princípios norteadores do SUS.

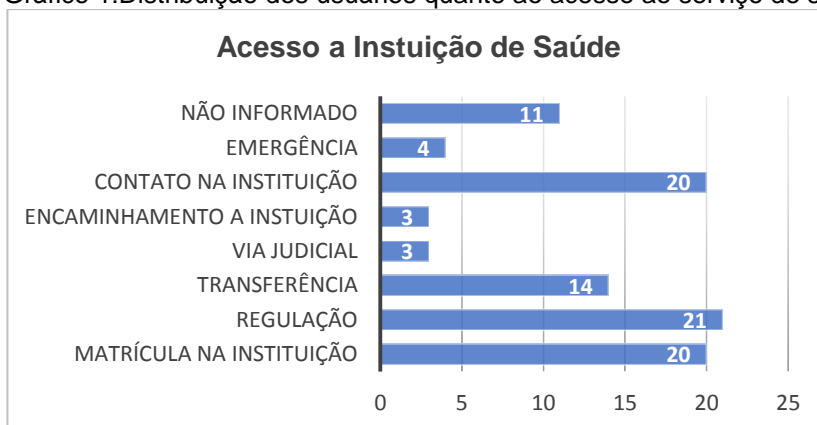
A unidade saúde em questão é referência em tratamentos de doenças cardiovasculares de alta complexidade. Tem por finalidade atender às demandas específicas de intervenções cirúrgicas, prevenção, investigação diagnóstica, cirurgias de doenças cardiovasculares de média e alta complexidade e cardiologia clínica adulto, infantil e neonatal. Também são desenvolvidas pesquisas de relevância nacional e internacional.

¹ Estudante de Graduação, Estudante de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Inserida no Projeto Políticas Públicas pela Saúde, E-mail: marianaamaralpbrito@gmail.com.

Acesso ao serviço de alta complexidade em uma unidade cardiológica do SUS

A partir dos dados levantados foi possível observar como se dá o acesso a unidade de saúde em alta complexidade em cardiologia (gráfico 1) que ocorre através da emergência, contato na unidade de saúde, encaminhamento, via judicial, transferência, regulação via SISREG e usuários que já possuem matrícula na unidade de saúde. No gráfico 1, é possível perceber que a maior porta de entrada é através do SISREG, contato na unidade de saúde e os usuários que já possuem matrícula.

Gráfico 1: Distribuição dos usuários quanto ao acesso ao serviço de saúde



Fonte: Elaboração própria a partir das fichas de avaliação social

É importante aqui colocar como ocorre esses principais mecanismos de acesso aos serviços da instituição, ainda que de forma preliminar.

O **Sistema de Regulação (SISREG)** é um sistema elaborado para administrar a rede de serviços e atenção à saúde, desde a atenção básica à internação hospitalar, cujo propósito é o monitoramento do fluxo, potencialização no manuseio dos recursos. O primeiro contato dos usuários se faz com a unidade da atenção básica, é a partir desta unidade, em geral perto de sua residência que faz acesso as unidades médica e alta complexidade, que através do SISREG, será feito o agendamento da consulta para outras unidades de saúde.

O artigo 2º da Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, a qual institui a Política Nacional de Regulação do SUS expõe que as ações estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

- I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos

prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A perspectiva que orienta esse processo é que a gestão, por meio da regulação, possui o domínio de extinguir desigualdades e fazer com que as demandas da população sejam absorvidas pelos serviços ofertados, de modo que o tempo de espera para o atendimento seja reduzido e o usuário não necessite percorrer longas distâncias para o atendimento. Com base na Constituição Federal de 1988, o Estado é o sujeito essencial neste processo de regulação sobre sistemas em saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência (VILARINS et al., 2012). Contudo é importante que o Estado aja de forma direta na efetivação das políticas públicas em saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS/2001 – Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001) explicita sobre os conceitos, práticas e finalidades da regulação, em que a gestão da atenção básica (consultas e exames) foi atribuída aos municípios, enquanto a média e alta complexidade (internação) ficaram a cargo da União e dos Estados. Prevê ainda investimentos que permitam o acesso dos cidadãos aos serviços de modo a satisfazer as necessidades de saúde o mais próximo do local de moradia.

Segundo o CONASS (2011, p.50), a unidade de saúde de alta complexidade se caracteriza como:

Unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular que exerce o papel de auxiliar, em caráter técnico, o gestor nas políticas de atenção cardiovascular, devendo: ser um hospital de ensino certificado, com estrutura de pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos; participar de forma articulada e integrada ao sistema local ou regional; ser capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; promover o desenvolvimento profissional em parceria com o gestor.

Diante disto, essa unidade saúde possui um Núcleo Interno de Regulação (NIR) implantado em março de 2011 como uma exigência do Ministério Público Federal, sendo um marco legal no Pacto de Gestão de 2006. Este pacto estabeleceu a responsabilidade e autonomia das esferas de governo (estados e municípios) no incentivo à gestão compartilhada. De acordo com a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013:

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

O NIR tem finalidade de ofertar consultas e exames ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, integrando, desse modo, o SISREG que regula as vagas internas² da instituição disponíveis em ambulatorios, centros cirúrgicos, enfermarias e na rede em geral.

Nota-se que os objetivos da utilização do SISREG são a transparência, agilidade e equidade, de modo a conceder à população acesso universal, integral aos serviços de saúde por meio de uma regionalizada e hierarquizada, a qual abrange os níveis de atenção básica, médica e alta complexidade. Vale salientar que os fatores de risco para doenças cardíacas, tais como pré-hipertensão arterial e hipertensão arterial sistêmica, necessitam ser executados nas unidades de atenção básica. Assim, é importante que os casos sejam averiguados antes do encaminhamento para serviços especializados.

Esse processo caracteriza o chamado sistema de referência e contrarreferência. É a partir deste sistema que pacientes regulados aos diversos níveis de atenção. Referência corresponde ao deslocamento do nível de menor para o de maior complexidade em clínicas especializadas, enquanto a contrarreferência corresponde do nível de maior complexidade para o de menor complexidade nas unidades de saúde mais próximas da residência do usuário dos serviços. Trata-se então de um mecanismo de equilíbrio entre oferta e demanda, cuja regulação busca a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população, garantido um acesso de qualidade baseado nos princípios norteadores do SUS (VILARINS, et al., 2012).

No entanto, é importante salientar que por vezes não é isto que acontece, predominando a burocratização por parte do SISREG. É possível observar que tais objetivos nem sempre são cumpridos, na medida em que há demora no acesso, desconhecimento dos critérios por parte dos usuários, além do sofrimento do qual padecem física e psicologicamente os pacientes por conta da doença e geralmente os pacientes crônicos não podem aguardar bastante tempo para serem atendidos.

A ausência de fiscalização e monitoramento por parte dos gestores do SUS pode ser uma das causas de tanta demora e descumprimento dos objetivos do

² As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

SISREG, haja vista que os pacientes são somente encaminhados para cirurgias, consultas e procedimentos, sem que haja uma fiscalização para verificar se a fila está “andando corretamente”, se contrapondo ao artigo 3º da Portaria nº 1.559/08 que dispõe sobre a Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação do sistemas de saúde, contemplando as ações de elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão e entre outros.

(...) o que se percebe é uma participação popular pouco efetiva e muitas fragilidades nos mecanismos de controle social, tais como: a falta de legitimidade e irregularidades na composição dos conselhos; sua desarticulação com a sociedade; a falta de capacitação de gestores e conselheiros, ou seja, falta de informação quanto aos princípios e legislação do SUS relativos aos cidadãos de forma geral e pouca influência sobre a atuação das unidades básicas de saúde (BACKES et al., 2009, p. 907).

Observa-se que não há, de fato, uma integração e comunicação entre os níveis de atenção, isto é, entre a atenção básica e os hospitais federais³, o que dificulta o acompanhamento e a continuidade do atendimento. Segundo Pontes et al. (2010), sem o funcionamento adequado desse processo não há garantia de continuidade assistencial, constituindo-se em uma dificuldade complementar para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como a universalização, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização.

Trata-se, portanto, de uma organização fragmentada, cuja atenção à saúde se dá de forma isolada. Como exemplo disto, é possível citar a contrarreferência, a qual ocorre de modo tímido e inaugural em relação aos encaminhamentos.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010, p.2299).

Assim, nota-se a responsabilidade desigual para os entes federativos desiguais. Faz-se importante então a integração de serviços conforme a capacidade de cada ente federativo, organizado em rede regionalizada conforme questões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e geográficas, uma vez que a autoridade sanitária prevista na Política Nacional de Regulação não em exercício.

³ De acordo com Nogueira e Mioto (2006), essa desarticulação é motivada pela lógica de financiamento distinta. Enquanto a atenção básica é financiada por programas e *per capita*, que induzem a uma alteração no padrão de atenção, a médica e alta complexidade é remunerada por procedimentos. Esta segunda forma de financiamento é difícil de ser avaliada em termos de eficiência, especialmente porque os serviços são contratados na rede privada. Uma outra razão explicativa é o baixo grau de resolutividade da atenção básica, inchando a demanda nos demais níveis de complexidade, que pela sua natureza de alta tecnologia e tipo de financiamento não absorvem os encaminhamentos realizados, criando os conhecidos gargalos.

No que tange à população usuária dos serviços, esta em geral recebe pouca ou quase nenhuma informação sobre os protocolos para marcação de exames e consultas. Nota-se, portanto, a insuficiente informação acerca do desempenho, regras, organização, responsabilização e funcionamento do sistema. Este fato também é notado a medida que os próprios profissionais da saúde desconhecem o funcionamento da rede de serviços.

É importante, assim, o estudo e conhecimento dos recursos humanos e físicos a que o sistema dispõe a fim de que gere integralidade no acesso aos serviços e este seja efetivado de modo qualificado, haja vista que ao invés de o acesso as ações especializadas terem sido aprimorados, os usuários encontram ainda mais dificuldades na trajetória em busca dos serviços de alta complexidade.

O acesso aos serviços de saúde ao serviço a unidade de saúde de alta complexidade também se dá por meio de **transferências**. Estas ocorrem entre unidades de saúde que em sua maioria exercem atendimentos ambulatoriais e possuem estruturas para atender emergências. Em outras palavras, as transferências aqui referidas dizem respeito ao contato direto entre instituições de saúde e a referida instituição sem passar pelo SISREG.

Muitas são as transferências de pacientes em situação de urgência/emergência de hospital para outro, e há inúmeros casos em que os hospitais se encontram em regiões longínquas. Faz-se necessário então que para além das questões médicas, os profissionais de saúde (em especial os médicos) se atentem para as questões de cunho administrativo, financeiro e político, uma vez que tais questões podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de outro hospital. Isto poderia ser mais bem efetivado consoante a uma formação profissional para o SUS. Agindo desta forma, os pacientes e familiares estarão melhor orientados quanto ao funcionamento do sistema e aos possíveis obstáculos no meio do caminho.

Os **encaminhamentos** também caracterizam outra forma de acesso a instituição. Estes se dão em sua maioria por meio do sistema de referência e contrarreferência, precisamente da rede básica à alta complexidade, incluindo ainda os encaminhamentos provenientes da rede particular. Vale ressaltar que quanto maior a complexidade demandada pelo encaminhamento, maior o custo de exames e procedimentos.

Em sua maioria, os encaminhamentos ocorrem de um médico de outra instituição para outro médico vinculado a unidade. Isto se dá tanto pessoalmente, quanto por telefone ou por escrito, todavia com discricção médica. De modo geral, o encaminhamento orienta em torno dos cuidados com os pacientes para que o médico possa atender o usuário de forma adequada.

A **via judicial** também é considerada uma porta de entrada ao serviço de alta complexidade cardiovascular. Segundo Fleury (2012), a judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis.

Por mais que a via supracitada possa ser considerada uma porta de entrada, por vezes esta é considerada um grande obstáculo para o acesso equânime aos serviços de saúde, visto que o fluxo do sistema referência e contrarreferência conforme o grau de complexidade não é percebido. Como colocado por Santos e Andrade: “Uma medida liminar pode garantir ações e serviços que nem sempre são ou serão incorporadas no padrão de integralidade destinado a toda a população ante seu custo-efetividade ou outra questão técnico-sanitária, ferindo assim a universalidade do acesso” (2012, p.2877).

Pela Constituição Federal de 1988, o acesso do cidadão às instâncias de poder também foi ampliado, com a abertura do poder jurídico às demandas individuais e coletivas, propiciando um cenário favorável ao chamado “fenômeno da judicialização” (GOMES et al., 2014).

A via judicial é, portanto, proveniente do contexto de progresso da democracia, além de reforçar a ideia de cidadania. Cabe frisar ainda que a defesa do princípio da integralidade com foco em medidas preventivas foi uma das principais justificativas para o crescimento das demandas judiciais a fim de atender as reais necessidades da população.

Todavia, é válido expor que a judicialização também é fruto das debilidade do Legislativo, ao manter a indefinição do arcabouço legal, e do Executivo, por atuar na ausência de definição de normas ou parâmetros que impeçam as instituições estatais, por serem tão precárias, de se responsabilizar pela peregrinação dos usuários em busca de atenção (FLEURY, 2012).

Além do acesso a procedimentos ambulatoriais, diagnósticos e terapêuticos, é possível observar ainda a existência de demandas judiciais para garantia a medicamentos. Como é exposto por Fleury (2012): “A tutela judicial pode ser tanto de caráter individual para acesso a bens e serviços (interposta por juízes ou defensoria pública) quanto com tutela coletiva, pelo Ministério Público, dos direitos sociais não individualizáveis e da proibidade administrativa” (p.159), a autora ainda afirma que a judicialização seja vista como uma interferência indevida sobre a capacidade de planejamento e ação do Executivo, bem como ameaça á ação dos gestores locais, é notável que judicialização possa ser aliada do SUS ao pontuar as debilidades e impulsionar a elaboração de políticas inovadas em prol do alcance do SUS que

executa ações e serviços, evitando que seja mais um obstáculo que reforça as iniquidades em saúde.

É importante então que as principais necessidades de acesso aos procedimentos ambulatoriais, diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade sejam identificadas para que a cobertura de serviços seja amplificada, uma vez que o direito à saúde se encontra ameaçado com as constantes investidas de interesses privados no interior do sistema público com a valorização da lógica de mercado na gestão de serviços (FLEURY,2012).

Vale ressaltar a necessidade de um sistema transparente que permita o controle social, a fim de que a população seja ouvida, com os interesses individuais sendo compatibilizados com os interesses coletivos de modo que não haja fragmentação e sum mudanças sistêmicas. Assim, as necessidades serão identificadas e políticas adequadas serão implementadas.

Também existe a entrada via **contato pessoal dentro do serviço da unidade de saúde**, em outras palavras é uma prática informal nomeada por “quem indica”. A situação mais comum de acesso via contato é quando alguém da família do paciente conhece algum funcionário do hospital que, por sua vez, conhece algum médico da instituição e posteriormente consegue uma vaga para o usuário.

Considera-se válido explicitar um pouco sobre as particularidades do capitalismo no Brasil. A modernização do capitalismo brasileiro se deu de forma conservadora, pois distintamente da modernização clássica em que há o rompimento com a estrutura política e econômica do antigo regime, no Brasil as elites agrárias permaneceram no centro de decisão política.

Conforme Santos (2012), o processo de industrialização se deu através de pactos políticos entre a burguesia e a oligarquia agrária, com a preservação da propriedade da terra e com o controle da força de trabalho através da conservação de formas arcaicas de exploração, isto é, da servidão e da escravidão.

Houve, então, a tentativa de modernizar a economia, conservando a centralidade do poder político dos “coronéis” e a concentração de terras nas mãos das oligarquias. O coronelismo corresponde a

(...)uma troca de proveitos entre o poder público, progressivamente fortalecido, e a decadente influência social dos chefes locais, notadamente dos senhores de terras. Não é possível, pois, compreender o fenômeno sem referência à nossa estrutura agrária, que fornece a base de sustentação das manifestações de poder privado ainda tão visíveis no interior do Brasil. Paradoxalmente, entretanto, esses remanescentes de privatismo são alimentados pelo poder público, e isso se explica justamente em função do regime representativo, com sufrágio amplo, pois o governo não pode prescindir do eleitorado rural, cuja situação de dependência ainda é incontestável. Desse compromisso fundamental resultam as características secundárias do sistema “coronista”, como sejam, entre outras, o

mandonismo, o filhotismo, o falseamento do voto, a desorganização dos serviços públicos locais (LEAL, 2012, p.44).

Assim como o coronelismo, o clientelismo que é caracterizado pela relação de concessão de benefícios e favores para o alcance da cooptação enquanto relação política, também colabora com a intensa desigualdade social no Brasil, pois não houve reformas na estrutura política.

Os processos de revolução passiva também reforçaram este “atraso” do país, uma vez que se tratou de um processo antidemocrático de exclusão da classe trabalhadora no direcionamento político da vida social e que junto ao caráter conservador da modernização houve uma estratégia recorrente de antecipação das classes dominantes aos movimentos reais ou potenciais das classes subalternas (SANTOS, 2012).

Com cunho não revolucionário e sim reestruturados, foi um mecanismo de controle das classes subalternas, podendo-se afirmar que a burguesia brasileira fez a transição para o capitalismo com a consolidação do Estado a seu favor, excluindo a classe trabalhadora deste processo. Logo, a transformação capitalista ocorreu a partir de acordos entre frações das classes que dominavam, com a exclusão dos movimentos populares, e por meio do emprego dos aparelhos repressivos e da intervenção econômica do Estado (SANTOS, 2012).

A ação estatal também foi central para a constituição do capitalismo brasileiro. Com base nas concepções de Santos (2012), é válido destacar que a atuação do Estado se dá de formas diferentes ao longo da história, mas com a mesma essência é de que este está executando e privilegiando os interesses da classe burguesa. Vale frisar que não se trata apenas de uma classe, mas o Estado representa frações da classe burguesa que variam de acordo com o contexto histórico.

Seja através do pacto político entre as elites agrárias no final o século XIX, da política direcionada ao capital industrial após 1930, acatando as diretrizes dos organismos internacionais (pós-1990) na desregulamentação e liberalização do mercado interno, nota-se a existência de um Estado subordinado aos interesses privados de frações burguesas.

É possível afirmar então que o Estado tem o propósito de garantir a propriedade privada, reforçar a sujeição da força de trabalho ao capital e a predominância das relações sociais de trabalho “livre” em troca de um salário. Há elementos que mostram que o Estado privatizado pelas elites até os dias de hoje. As elites não querem abrir mãos dos seus patrimônios com o Estado satisfazendo seus interesses, criando empresas e entidades a favor delas, agindo com políticas seletivas,

de forma autoritárias e com forte repressão a classe trabalhadora para que esta não reivindique seus direitos.

Considerando o que foi abordado até então, esta “janela” de entrada da instituição impede que as regras formais sejam garantia necessária de igualdade requerida pela cidadania (FLEURY, 2012), isto é, parece acentuar as injustiças, a iniquidade e as dificuldades no acesso dos usuários aos serviços de saúde da unidade de saúde.

Inúmeros encaminhamentos não se sucedem obedecendo ao fluxo do sistema de referência conforme o grau de complexidade, e sim por conta da existência de relações sociais interpessoais e informais.

Por conseguinte, é preciso se atentar ainda para o fato de que vários encaminhamentos entre médicos podem também ser considerados contato pessoal, pois há necessidade de o médico possuir vínculo com as unidades hospitalares do município, o que colabora com o aumento de obstáculos no encaminhamento do paciente.

De acordo com Carvalho (2013), os benefícios sociais não eram tratados como direitos de todos, mas como fruto de negociação de cada categoria com o governo, o que faz com que a sociedade passasse a se organizar para garantir os direitos e privilégios distribuídos pelo Estado. Nota-se que após a redemocratização, foi revelada uma prática política de imensas corporações de banqueiros, comerciantes, industriais, das centrais operárias, dos empregados públicos e entre outros, em busca de novos favores e privilégios.

Considerações Finais

Encontra-se ainda bastante presente na sociedade brasileira a cultura da barganha política e dos favores, ou seja, a cultura clientelista, ainda que tenha havido uma redemocratização pós-1988. Pode-se comparar o acesso via contato a uma troca de favores e não de direitos, visto que há uma sujeição do público a interesses privados que reforça a iniquidade no acesso aos serviços de saúde, cabendo frisar que o Estado deveria garantir o direito de acesso.

A ausência de ampla organização autônoma da sociedade faz com que os interesses corporativos consigam prevalecer. A representação política não funciona para resolver os grandes problemas da maior parte da população. O papel dos legisladores reduz-se, para a maioria dos votantes, ao de intermediários de favores pessoais perante ao Executivo. O eleitor vota no deputado em troca de promessas de favores pessoais; o deputado apoia o governo em troca de cargos e verbas para distribuir entre seus eleitores. Cria-se uma esquizofrenia política: os eleitores desprezam os políticos, mas continuam votando neles na esperança de benefícios pessoais (CARVALHO, 2013, p. 2223).

Faz-se essencial então explicitar acerca da cultura política do brasileiro perante as situações difíceis, o chamado “jeitinho brasileiro”.

O jeitinho é sempre uma forma “especial” de resolver algum problema ou situação difícil ou proibida; ou uma solução criativa para alguma emergência seja sob a forma de burla alguma regra ou norma estabelecida, seja sob a forma de conciliação, esperteza ou habilidade. Portanto, para que determinada situação seja considerada jeito, necessita-se de um acontecimento imprevisto e adverso aos objetivos do indivíduo. Para resolvê-la, é necessária uma maneira especial, isto é, eficiente e rápida para tratar o “problema”. Não serve qualquer estratégia. A que for adotada tem de produzir os resultados desejados a curtíssimo prazo (BARBOSA, 2005, p. 45).

Esta é uma forma de se esquivar das normas, regras ou procedimentos que exigem articulações mais complexas, podendo se manifestar em diversas situações do cotidiano, como oferecer dinheiro em troca de algum benefício, seja uma vaga de estacionamento, evitar uma multa, conseguir entrar em algum local, entre outras situações.

Posto que o SISREG não funciona de forma que deveria, os usuários são literalmente “obrigados” a utilizar estas relações mais informais e a “dar seu jeito” para acessar o serviço. Os usuários necessitam de saúde e pelo fato de encontrarem tantos obstáculos ao longo do caminho, estes acabam por aproveitar a chance que possuem.

Reitera-se neste momento que é essencial o estudo dos recursos humanos e físicos a que o sistema dispõe a fim de que o acesso aos serviços seja efetivado de modo qualificado e que os usuários encontrem cada vez menos obstáculos no caminho em busca dos serviços de alta complexidade em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acessado em: 28 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acessado em: 28 dez. 2018.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

FLEURY, Sonia. Judicialização pode salvar o SUS. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, 2012.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.1, pp.31-43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00031.pdf>>. Acessado em: 06 jan. 2019.

LEAL, Victor Nunes. *Coronelismo, enxada e voto: O município e o regime representativo no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acessado em: 05 jan. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; (Org.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; ABEPSS; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. SMS. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). *SISREG – Protocolo para o Regulador*. SMS; SUBPAV: Rio de Janeiro. 2015 Disponível em: <http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG_regulador_protocolo.pdf>. Acessado em: 05 jan. 2019.

SANTOS, Josiane Soares. *“Questão Social”: particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012.

VIRALINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarida Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012.