



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

FOLHA DE ROSTO

Título do trabalho: Os (des)caminhos do Sistema Único de Saúde: reflexões introdutórias sobre as diferentes formas de acesso ao tratamento de saúde a partir da experiência enquanto residente de Serviço Social no Hospital Universitário Pedro Ernesto

Nome completo do proponente: Beatriz Jacyra Gomes Baptista

Natureza do trabalho: Resultado de pesquisa

Eixo II: POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Tema do Eixo II: Seguridade Social (Assistência, Saúde, Previdência)

Formação e titulação do proponente: Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2013) / Pós-graduação lato sensu na modalidade residência em Serviço Social no Hospital Universitário Pedro Ernesto (2016)

Telefone: (21) 9874259-24/ (21) 2720-3448

E-mail: beatrizbaptista@yahoo.com.br



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



Os (des)caminhos do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre as diferentes formas de acesso ao tratamento de saúde a partir da inserção na enfermaria de urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto

RESUMO:

O presente artigo é resultante do trabalho de conclusão de residência em Serviço Social que buscou discutir o acesso dos usuários a enfermaria de urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto para o tratamento de saúde à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde. As análises ora apresentadas procuraram problematizar os impasses para a concretização do acesso universal aos serviços de saúde.

Palavras chaves: Acesso Universal; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT:

This article is the result of the residency completion of work in Social Work who sought discuss user access urology ward of the Pedro Ernesto University Hospital for treatment of health to the principles of the Unified Health System. The analyzes presented herein sought problematize the impasses to the achievement of universal access to health services.

Key words: Universal Access; Health services; Health Unic System

INTRODUÇÃO



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



A partir da experiência enquanto residente em Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)¹, inserida na Saúde do Adulto, especificamente na enfermaria de urologia, foi possível observar através da aplicação e exame do estudo social, que os usuários obtiveram tratamento por diferentes vias de acesso. Tal constatação provocou muitas inquietações e por isso buscamos conhecer como os usuários conseguiram inserção no serviço oferecido na referida enfermaria, procurando analisar as dificuldades enfrentadas nesse processo e as alternativas forjadas para serem atendidos no setor.

O presente trabalho tem como pressuposto o entendimento de que o acesso aos serviços de saúde pública tem se realizado de modo ineficiente e burocratizado. A realidade tem revelado uma série de impasses para a concretização do acesso universal aos serviços de saúde, uma vez que vivenciamos um descompasso entre o que está posto no aparato legal e o que tem sido legitimado socialmente. Presenciamos diariamente existência de um acesso ao SUS seletivo, focalizado e excludente.

Um dos elementos destacados é a burocratização do acesso através da implementação do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG)² que tem se mostrado pouco resolutivo, pois diariamente ouvimos e acompanhamos uma série de problemas enfrentados pelos usuários, o que acarreta na maioria das situações, o agravamento do estado de saúde destes usuários que poderia ter sido resolvidos ou atenuados se tivessem conseguido o atendimento médico no tempo correto, por exemplo.

Tomamos como base o conceito de saúde em sua compreensão ampliada, o qual supera a noção de saúde como ausência de doença, sendo assim esta é considerada como decorrente das condições de vida da população, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, art. 3º).

¹ O Hospital Universitário Pedro Ernesto está atrelado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e integra a rede de serviços de saúde da Área Programática 2.2. A instituição é considerada como um dos maiores complexos docentes e assistencial no campo da saúde. É referência em diversas especialidades e núcleo em âmbito nacional de formação de profissionais. Oferece atendimento nos níveis terciário e quaternário.

² O sistema de referência e contra referência na rede de saúde no Rio de Janeiro tem sido operacionalizado através do SISREG que entrou em vigor em novembro de 2013. O sistema foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 tendo como finalidade reestruturar a lógica de acesso dos usuários aos serviços especializados de saúde. É uma ferramenta on-line de gerenciamento da rede de saúde que administra as vagas disponíveis e define a instituição mais adequada para o tratamento do usuário, considerando os critérios como regionalidade e a complexidade.



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

A garantia do acesso universal se configura enquanto princípio fundamental do SUS e um direito social “*de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 196).

No que concerne o conceito de acesso universal, as análises tomaram como base as exposições empreendidas por Assis e Jesus (2012), que definem o acesso à saúde como a correlação de dimensões que envolvem fatores bem mais amplos e distintos que a simples acessibilidade física e organizacional e o deslocamento aos serviços. Diz respeito a outros fatores como controle social, equidade e a coerência e efetividade dos serviços em responder as necessidades do usuário/cidadão a partir de estratégias de gestão, alocação de recursos e promoção da autonomia da população.

Embora passados vinte anos da promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) notamos ainda uma ação das políticas de saúde focalizada, emergencial, de caráter curativo, centrado no modelo de atendimento médico-hospitalar, em detrimento das ações de promoção e prevenção em saúde, conforme destacadas na Lei nº 8.080/90.

Acreditamos que as reflexões que serão apresentadas a seguir poderão dar visibilidade à realidade vivenciada pelo público usuário, pois a partir das nossas intervenções profissionais, podemos notar a existência de inúmeros obstáculos para a viabilização desse direito tão caro e elementar que é saúde. Destacamos ainda que o debate proposto se faz necessário, pois é a partir da compreensão das falhas existentes para objetivação da universalidade do acesso que será possível pensar e discutir formas de se garantir o direito a uma saúde pública e de qualidade.

DESENVOLVIMENTO

Ante tantas demandas e a peregrinação para obtenção de assistência de saúde, o usuário se vê forçado boa parte das vezes a buscar estratégias para ser inserido no sistema público de saúde. Fica patente para nós, enquanto profissionais atuantes na política de saúde, que o SUS apesar de ter sido delineado formalmente apresenta várias lacunas, as quais rebatem negativamente na efetivação do acesso.



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



Os estudos de Oliveira et al. (2009)³ apontam que os usuários ao procurarem a resolução de suas demandas de saúde demonstram uma preferência cultural⁴ em buscar por serviços emergências, como pronto-socorro e hospitais gerais, motivados por diversas particularidades, como maior legitimidade e credibilidade no atendimento, maior quantidade de especialidade, maior probabilidade de resolução da questão de saúde, além de uma maior segurança e comodidade, caso haja a necessidade de algum tipo de procedimento ou internação, facilitando esses processos uma vez que o usuário já se encontra na instituição.

Quando questionamos os usuários, como, ou seja, qual o caminho no sistema, eles percorreram para chegar até a instituição, uma quantidade significativa relatou ter passado por inúmeras dificuldades, pois não conseguiu atendimento aonde desejava ou requereu, tendo que buscar estratégias para a resolução de seus problemas através de outros caminhos para além dos estabelecidos oficialmente.

Após análise dos estudos sociais⁵ identificamos que os usuários internados na enfermaria da urologia do HUPE/UERJ traçaram diferentes estratégias para obtenção do tratamento/acompanhamento de saúde que estavam necessitando, os quais foram denominados aqui, como: **acesso pela rede básica, acesso pela via informal, acesso pela pesquisa e acesso pela via judicial.**

Considerando o fluxo de porta de entrada no SUS o acesso da população deve se dar por meio dos serviços da atenção básica. O usuário realiza acompanhamento de saúde na clínica da família ou no posto de saúde e a partir do diagnóstico médico especificando o tratamento a ser empregado, o qual a unidade da atenção básica não disponibiliza, este é encaminhado para os serviços de média e alta complexidade, os quais poderão dar o suporte necessário.

³ O artigo em questão versa acerca da visão dos usuários sobre os serviços de saúde, suas preferências institucionais, o nível de confiabilidade atribuído a cada tipo de unidade (básica, média e alta complexidade), os fatores culturais que influenciam nessas escolhas e olhares sobre os serviços e a saúde pública como um todo. Os autores, através de pesquisa de campo, observam também a visão dos usuários sobre si mesmos e seu lugar no âmbito da política de saúde, como entendem seus direitos e de que maneiras buscam acessar estes direitos.

⁴ Portanto, a demanda a prontos-socorros e hospitais é entendida como um comportamento estruturado socialmente através do resultado de um aprendizado configurado durante a interação dos usuários com outros atores, como expressão de um conjunto de práticas sociais estruturadas ao longo do tempo no cotidiano da busca por serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009).

⁵ Foram analisados cinquenta e dois estudos sociais realizados pelo Serviço Social da urologia no período de março a junho de 2015.



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

As consultas e os exames para rede pública têm sido operacionalizados pelo SISREG⁶, logo o usuário com o encaminhamento médico é inserido no Sistema através da clínica da família e/ou posto de saúde, a qual irá direcioná-lo para instituição que ofereça tratamento de saúde demandado. Observamos que 19% de usuários inseriram através do **acesso pela rede básica**.

Antes da efetivação do SISREG, o usuário se direcionava por conta própria ao HUPE/UERJ com o encaminhamento médico solicitando determinado tratamento e a partir disso, os setores responsáveis procediam para viabilização. Outra prática que era/é muito recorrente, que persiste até hoje apesar da existência do SISREG, era/é a indicação dos médicos ou outros profissionais de saúde que trabalham no HUPE/UERJ, o que é uma prática comum em instituições de ensino por ser referência.

O usuário inicia o acompanhamento médico através do plano privado de saúde, que na maioria das vezes tem cobertura apenas ambulatorial e a partir do diagnóstico é encaminhado para HUPE/UERJ, pois em muitos dos casos observados empiricamente, o médico atua ou conhece alguém que esteja atuando em algum setor do hospital ou o cuidado demandado pelo usuário só é oferecido no HUPE/UERJ.

Há também situações em que os usuários que não fizeram acompanhamento de saúde na rede privada, mas que se articularam com terceiros, como vereadores, a exemplo, para conseguir atendimento no referido setor, pois ouviram dizer que os serviços oferecidos são de excelência. O **acesso via informal** foi à modalidade de inserção mais empregada pelos usuários respectivamente 73%.

Identificamos que um grupo de usuários atendidos pela equipe de Serviço Social é oriundo da pesquisa desenvolvida pelo Centro de Pesquisa em Urologia Sérgio Aguinaga CEPUSA⁷ e conseguiu ser incluído por atender os critérios estabelecidos, como por exemplo, período de sobrevida com a doença diagnosticada. Alguns desses são

⁶ O SISREG passou a funcionar oficialmente no HUPE/UERJ através da Resolução SMS nº 2349, a qual define regras para repasse financeiro dos procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro.

⁷ O CEPUSA foi fundado em 2003 para o desenvolvimento de pesquisas clínicas. Este participa de protocolos nacionais e internacionais em áreas como: disfunção erétil, hiperplasia prostática benigna, câncer de próstata, biópsia de próstata, ejaculação precoce, incontinência urinária, hiperatividade detrusora, infecção urinária, dentre outras. Passou por audições de patrocinadores e de entidades internacionais. Apresenta resultados favoráveis, os quais têm ratificado o seu bom desempenho em pesquisas, além do seu compromisso ético com as normas clínicas.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



acompanhados regularmente e chegaram encaminhados por médicos de outras instituições de saúde, bem como da Policlínica Piquet Carneiro⁸.

A PPC atua em parceria com o HUPE/UERJ e nos últimos anos tem desenvolvido um programa direcionado para os cuidados com a saúde do homem⁹, o qual foi financiado pelo Ministério da Saúde, tendo como membro convidado para sua condução o Prof. Dr. Ronaldo Damião¹⁰. O projeto tem como proposta orientar e realizar exames preventivos em homens após vinte cinco anos de idade. Uma estimativa de 8% dos usuários acompanhados pela PCC obteve acesso ao HUPE/UERJ por este meio que sinalizamos como **acesso via pesquisa**.

Como sabemos a saúde pública brasileira nos dias de hoje se encontra sucateada e está aquém do que lhe é demandado – uma das expressões das opções políticas governamentais no que tange a oferta dos serviços – as consultas e os exames têm demorado significativamente, o que pode favorecer o agravamento da situação de saúde e a ocorrência de óbitos precoces evitáveis.

A judicialização¹¹ tem sido um recurso muito empregado pelos usuários que demandam cuidados de saúde com urgência e não tem conseguido através da via regular. A

⁸ A PPC se localiza Avenida Marechal Rondon, 381, São Francisco Xavier, Rio de Janeiro e está inserida na rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro como Unidade de Atenção Secundária, realizando consultas e serviços ambulatoriais especializados. Para maiores informações acesse: <<http://www.ppc.uerj.br/index.php>>. Acesso em 04 de maio de 2015 às 15h48min.

⁹ Disponível em: <http://www.ppc.uerj.br/publicacoes/informe/informe_ppc_23.pdf>. Acesso em 04 de maio de 2015 às 15h26min.

¹⁰ Graduado em Medicina pela UERJ (1975) e Doutorado em Medicina (Urologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1991). Professor Titular da disciplina de urologia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Atuante na área de cirurgia urológica com ênfase em câncer de próstata, uretra, estereologia, pênis e hipospádia. Coordenador do serviço de urologia do HUPE/UERJ. Diretor da 14ª enfermaria de urologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Professor da disciplina de urologia da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4798282E7>>. Acesso em 04 de maio de 2015 às 15h45min.

¹¹ “O Poder Judiciário tem sido acionado para ser um protagonista importante no enfrentamento das expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos e ainda na garantia de acesso aos dispositivos de atenção no campo das políticas sociais ofertadas pelo Poder Executivo. Nesse cenário, entendemos que o protagonismo do Poder Judiciário no enfrentamento da questão social se constrói a partir de duplo movimento: da expectativa dos sujeitos (cujos direitos foram violados ou não foram garantidos) de que a Justiça apresente respostas para o enfrentamento das mais diversas expressões da questão social e da expectativa de que a Justiça representa a luta política pela garantia do acesso a determinadas políticas sociais [...] compreendemos que a judicialização da questão social está atrelada, essencialmente, aos efeitos da reestruturação produtiva levada a cabo no final do século XX — que evidencia, dentre outros, a retração do Poder Executivo na oferta de políticas sociais universais e articuladas entre si e que redesenha os mecanismos de enfrentamento da questão social, inscrevendo-os no campo da coerção e da punição.” (BARISON, 2014, p. 28). Para aprofundamento e discussão completa da



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



partir dos relatos dos usuários notamos uma série de ações nocivas aos mesmos e oriundas do poder público, tais como: inserção no SISREG sem nenhum comprovante do agendamento que garanta ao usuário que o agendamento foi de fato realizado; consultas desmarcadas sem aviso prévio; enorme demora no agendamento e entre este e à consulta sem que haja informação precisa sobre o processo; ausência de especialistas médicos, dentre outros.

Os usuários têm recorrido à intervenção do Poder Judiciário como alternativa para obtenção da proteção social que é afiançada em lei e que não tem conseguido se materializar inteiramente em nossa realidade cotidiana. Tal configuração de inclusão foi caracterizada aqui como **acesso via Judicialização**, entretanto não conseguimos computar usuários inseridos na enfermaria de urologia do HUPE/UERJ através dessa forma, acreditamos que isso aconteceu em virtude do recorte temporal da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES

A discussão ora apresentada proposta buscou, sobretudo analisar os limites e as possibilidades do SUS neste contexto societário adverso de contingenciamento com os gastos sociais, bem como compreender a realidade enfrentada pela população usuária para fazer valer seu direito à saúde.

Ainda hoje é possível observar que a população usuária em sua maioria percebe a assistência em saúde através da ótica do favor em detrimento do direito social. Tal percepção é constante em nosso cotidiano, dentre outras razões, pela não concretização do SUS constitucional, pois há um constante desfinanciamento da política de saúde, precarização dos espaços públicos de atendimento, além da massiva invasão do setor privado, corroborando, no ideário coletivo, que o atendimento público é destinado aos pobres, logo sem qualidade, e o particular dirigido aos ricos, com qualidade.

O SISREG vem de encontro com a lógica em voga de diminuição e burocratização dos direitos sociais, visto que a sua imposição e sem adaptação e a informação prévia dos usuários, como foi efetuado, desestruturou da noite para o dia, um caminho utilizado e conhecido pelos usuários há anos. Cotidianamente acolhemos inúmeras reclamações sobre este falho Sistema, uma vez que os usuários são literalmente jogados de um lado para



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

outro, como se fossem verdadeiras peças para obtenção de uma mera marcação de consulta, a exemplo.

Embora o SISREG exiba todo um arcabouço tecnológico, as filas para acesso permanecem, mas agora são virtuais, pois ao ter incluído o pedido de consulta, por exemplo, o usuário não tem domínio sobre este, visto que este controle é de responsabilidade de um técnico administrativo da unidade solicitante, geralmente da clínica da família e/ou posto de saúde, que deverá acompanhar a solicitação, conferindo se o pedido foi disponibilizado no sistema.

Após a regulação do procedimento é possível perceber a presença de outro elemento dificultador, que é a convocação do usuário para comparecer a unidade de saúde para receber as informações de confirmação da marcação. Muitos são os entraves percebidos nesse processo, sendo um deles o contato, que geralmente é via telefone e quando não efetivado traz uma série de transtornos ao usuário.

Entendemos que enquanto o sistema persistir com a construção e a imposição de manobras burocráticas, como tem sido com SISREG, a não enxergar e entender as necessidades dos usuários e, portanto inseri-los na tomada de decisões, eles continuarão forjando diferentes estratégias de sobrevivência para serem incluídos e terem seus direitos atendidos.

Presenciamos a existência de um acesso burocratizado, seletivo, excludente e focalizado aos serviços de saúde fornecidos pelo SUS, o que tem contribuído significativamente para insatisfação e um forte sentimento de descaso dos usuários. Resgatamos neste sentido as reflexões realizadas por Assis et al. (2002), pois:

O impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo e que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS et al., 2022, p. 816).

Uma das marcas apresentadas pelo Rio de Janeiro hoje é forte e cruel presença da lógica de parceria público-privada, sobretudo na saúde, visto que “o estado tem 45 contratos de gestão com as Organizações Sociais e 60,61% da despesa da saúde são com serviços



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

terceirizados¹². Perante a fala de falência do estado, esta lógica tem sido difundida como saída para o colapso vivido pela saúde, mas este caminho, enviesado pela privatização da política de saúde, coloca a gestão do SUS em um campo minado por relações intrincadas, sujeitas ao poder das elites locais, o que vai à contramão da legislação em vigor.

Apesar da existência de uma considerável discussão sobre o conceito de acesso à saúde a literatura em geral assim como o presente estudo entende que o acesso não equivale à mera utilização dos serviços de saúde, uma vez que o acesso tem sido descrito como a oportunidade de uso dos serviços em circunstâncias que permitam o uso adequado dos mesmos.

Ao refletimos acerca dos encaminhamentos dirigidos a saúde pública brasileira na atualidade fica evidente que estamos vivendo tempos muito difíceis, que exigem força e engajamento político, para que os rumos tão defendidos pelo movimento de reforma sanitária caminhem na direção da construção de uma política de saúde pública, estatal, universal, de qualidade e sob comando direto estatal.

Para Noronha et al. (2012) um dos desafios para materialização do SUS é superação das profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional respeitando à diversidade regional e local. O que provoca, segundo os autores, em uma modificação substantiva na função do Estado em suas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas em âmbito nacional, estadual e municipal, a divisão de competências e articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais.

Consideramos que a política de saúde instituída no Rio de Janeiro apresenta inúmeras fragilidades e tem um longo caminho a ser percorrido. A viabilização do acesso à saúde é um processo complexo e continuado, que deve sempre levar em consideração as demandas particulares e gerais da população, bem como exige coerente atuação do governo, pois:

Não se pode discutir o processo de reorientação do modelo assistencial sem, obrigatoriamente, envolver o usuário. O usuário é sujeito intencional nesse processo, além de sua condição de cidadão portador de direitos. Possivelmente, nenhum modelo assistencial isoladamente pode se configurar a priori como ideal. Primeiro, porque no Brasil convivem realidades absolutamente divergentes. Segundo, porque

¹² Nota do Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro em relação à situação da saúde no estado do Rio de Janeiro, disponível em <<http://www.cressrj.org.br/site/destaques/nota-do-cress-rj-em-relacao-a-situacao-da-saude-no-estado-do-rio-de-janeiro/>>. Acesso em 29 de dezembro de 2015 às 19h00min.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



qualquer modelo assistencial, tomado de modo externo ao cotidiano dos serviços de saúde, acaba tendo tão somente um caráter estruturador, racionalizador, normativo e técnico, distanciando do dia a dia vivido pelas pessoas reais com suas experiências concretas de sofrimento. Talvez o modelo assistencial ideal seja aquele que não se coloque de fato como um modelo, mas sim como algo capaz de se amoldar continuamente à realidade de modo crítico e reflexivo, buscando assistir ao usuário por meio da prestação de cuidado integral de saúde. É o sistema de saúde que deve se amoldar ao usuário e não o contrário (OLIVEIRA et al., 2009, p. 1937).

Para que essa realidade seja alterada, ainda que em âmbito local, é preciso que todos nós enquanto atores envolvidos direta e indiretamente somemos esforços na luta pela sua efetivação, pois o cenário é desafiador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo e JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, Nov. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. A proposta da reforma sanitária e o sistema de saúde na Constituição de 88. In: GIOVANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura; ESCOREL, Sarah; NORONHA, José e CARVALHO, Antônio Ivo. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 2ª edição.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de et al. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000500035&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de dezembro de 2015 às 22h39min.