



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Neusa de Resende Pinto

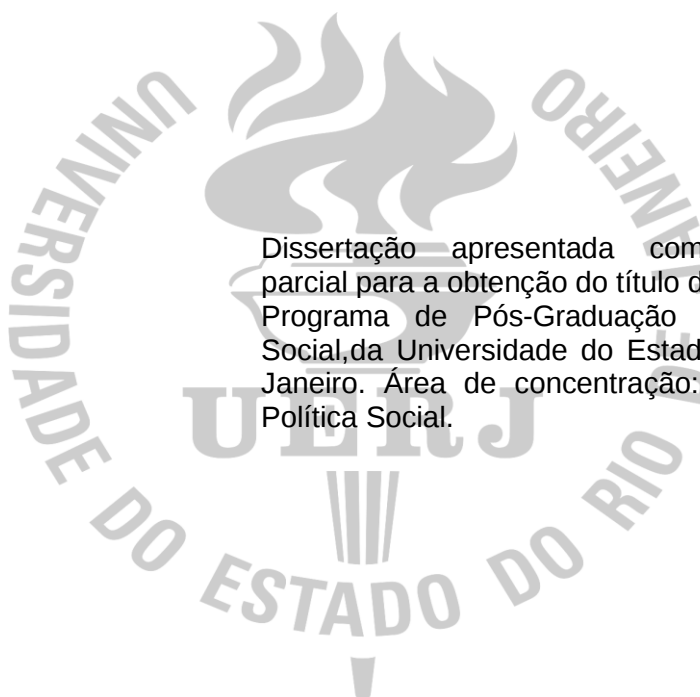
**O SISREG na atenção primária de Saúde:
um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS
no Município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2021

Neusa de Resende Pinto

**O SISREG na atenção primária de Saúde: um estudo sobre a
reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de
Janeiro**



Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof. Dr^a Ana Maria de Vasconcelos

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

P659 Pinto, Neusa de Resende.
 O SISREG na atenção primária de Saúde: um estudo sobre a reorganização da
 porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro / Neusa de Resende
 Pinto. – 2021.
 263 f.

 Orientadora: Ana Maria de Vasconcelos.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade
 de Serviço Social

 1. Saúde – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Teses.
 3. Sistemas de informação em saúde – Teses. 4. Assistentes sociais – Teses. I.
 Vasconcelos, Ana Maria de, 1949-. II. Universidade do Estado do Rio de
 Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 614(815.31)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Neusa de Resende Pinto

**O SISREG na atenção primária de Saúde: um estudo sobre a
reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de
Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 08 de março de 2021.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria de Vacondelos (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Silianski Andreazzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Maria Inês Souza Bravo
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Ao meu avô Benedito Procópio Resende
(in memoriam), por ter despertado em mim,
desde a infância, o interesse pela política
brasileira, “*ah vovô Bené tanta coisa
mudou depois de 1988!*”.

AGRADECIMENTOS

Neste momento especial de agradecimento por mais esta conquista em minha carreira como Assistente Social, agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado coragem nesta longa caminhada.

A minha família, em especial, meu irmão Nísio e aos meus amados pais – Geraldo e Alacoque, que não mediram esforços em garantir o acesso à educação e sempre me incentivaram a não parar. São grandes sábios, cada um a sua maneira são imprescindíveis na minha caminhada. Obrigada, pelos valores ético-morais a mim ensinados.

À professora Dr^a Ana Maria de Vasconcelos, minha orientadora e amiga, meu eterno carinho e admiração. Sem seus ensinamentos, motivação, competência, inteligência e paciência este trabalho não seria possível. Obrigada, Obrigada e Obrigada!!!

Às professoras Dr^a Maria Inês Souza Bravo e D^a Maria de Fátima Silianski Andreazzi, que participaram do meu exame de Qualificação e que agora fazem parte da banca de defesa deste trabalho. Grata por aceitarem o convite e que tão generosamente compartilham seus saberes, carinho e disponibilidade.

Às professoras e professores do PPGSS/UERJ, minha gratidão; seus ensinamentos foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão do mestrado. Em especial, à Equipe da Coordenação do PPGSS/UERJ (anterior e atual) que não medem esforços para garantir um curso de excelência.

Aos tantos companheiros e professores que passaram por mim no decorrer da minha caminhada estudantil e militante, muitos se tornaram amigo/as e cada encontro, debate e reflexão se encontram presentes neste trabalho. Tenho muito respeito ao debate acadêmico, à luta orgânica fora dos muros da Universidade e quantas lembranças boas pairam aqui nessa cabecinha. Obrigada!

A UFJF, onde me graduei como Assistente Social. Tive acesso de excelência, com direito a usufruir da tríade: Ensino, Pesquisa e Extensão que só podem ser garantidos na Universidade Pública, Gratuita, Laica e de Qualidade.

Aos companheiros e amigos da equipe de trabalho no CMS Oswaldo Cruz (CMSOC), grata por tanta compreensão durante esse percurso do mestrado. Em especial a minha amiga e companheira de profissão Andréa Leal Soares e ao meu

amigo e Chefe Administrativo Jorge Moratelli, sem o carinho, competência e solidariedade desses parceiros de labuta não sei o que seria de mim!!! Andréa e Jorge – gratidão e seguimos juntos!

Aos amigos da equipe de Matriciamento no CMSOC, uma equipe multidisciplinar, que sempre dividiu sonhos, decepções com o desmonte do SUS, lutas e, principalmente, a certeza de que vale muito lutar pelo SUS. Incluo nesta equipe o Ex Diretor do CMSOC Alexander Rocha, que não está mais na nossa equipe interna, mas estamos juntos na defesa do SUS – agradecida por ter sido liberada tantas vezes para aulas/e ou seminários acadêmicos.

Aos companheiros das equipes de Saúde da Família e do Consultório na Rua do CMS Oswaldo Cruz, muitos já não estão conosco, partiram para outros espaços ocupacionais, porque foram demitidos e/ou pediram para sair diante de tanto desmonte do SUS, mas quem defende o SUS se reconhece e se reencontra nas esquinas desse Brasil.

Aos ex-estagiário/as do Serviço Social e de outros cursos da saúde, a presença de vocês no cotidiano das unidades sempre nos motiva e mantém acesa a chama de defesa da parceria entre Educação e Saúde.

Aos amigos, companheiros de Mestrado, a saudade dos dias de convívio, mas a certeza de que nos encontraremos, quem sabe, no doutorado.

As minhas grandes amigas do circuito entre Minas Gerais e Niterói (não vou citar nomes para não ser injusta com ninguém!). Amo demais vocês e todas sabem o *“Quanto eu caminhei pra chegar até aqui”*. Obrigada por terem entendido minha ausência e falta de paciência em alguns momentos.

Por último, mas não menos importante, agradeço com afeto e amor especial ao meu companheiro – Marcos – por ter sido parceiro e por ter me motivado em todo o percurso; os desafios e dificuldades ficaram mais fáceis de serem trilhados ao seu lado.

EPÍGRAFE

MÃOS DADAS

*Não serei o poeta de um mundo
caduco. Também não cantarei o
mundo futuro. Estou preso à
vida e olho meus
companheiros. Estão taciturnos,
mas nutrem grandes
esperanças. Entre eles,
considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não
nos
afastemos. Não nos afastemos
muito, vamos de mãos*

*dadas. Não serei o cantor de
uma mulher, de uma
história, não direi os suspiros ao
anoitecer, a paisagem vista da
janela,
não distribuirei entorpecentes
ou cartas de
suicida, não fugirei para as ilhas
nem serei raptado
por
serafins. O tempo é minha
matéria, do tempo presente, os
homens presentes,
a vida presente.*

[Sentimento do mundo] (Carlos
Drummond de Andrade, 1940).

RESUMO

PINTO, Neusa de Resende. **O SISREG na atenção primária de Saúde:** um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro. 2021. 263 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta dissertação aborda o SISREG como porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro, objetivando analisar sua operacionalização pela Atenção Primária de Saúde (APS), no período de 2012 a 2018. Consiste em um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com base no método crítico-dialético e se valeu de: dados secundários de acesso livre e irrestrito – que serviram para a caracterização do SISREG; pesquisa em sítios eletrônicos; coleta de dados em documentos públicos digitalizados no site da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de identificar a operacionalização da regulação via SISREG, no município do Rio de Janeiro e de observações sistematizadas no cotidiano da prática como assistente social de uma unidade de saúde do município. Em 2012, o município reorganizou e criou condições para que a APS assumisse a atribuição de ser responsável pela porta de entrada dos trabalhadores/usuário/as no Sistema de Saúde através de um Sistema de Regulação de Vagas online. Os resultados foram agrupados em dois subperíodos - 2012-2017 – anos que marcam o processo de descentralização na operacionalização do sistema e – 2017-2018 – que indica o início de uma reorganização do SISREG centralizada no nível central da prefeitura e que retrocede no que tange à autonomia e à diminuição de responsabilidades colocadas às unidades de APS, a partir de 2012. No subperíodo – 2012-2017 –, destaca-se: o processo de descentralização de responsabilidade da regulação para a APS; o SISREG como principal ferramenta da regulação assistencial ambulatorial no município; a expansão da APS no município pela via privatizante, que não foi acompanhada pela ampliação da rede de atenção à saúde (RAS), nos níveis secundários e terciários, de modo a aumentar o acesso de mais cidadãos aos serviços de saúde de forma integralizada; a descentralização da regulação dos procedimentos especializados para a APS, por meio de atribuição da função de regulação aos médicos responsáveis técnicos do município; a elaboração de protocolos sobre o SISREG; a preocupação com a capacitação dos profissionais; o respeito aos protocolos e regulação profissional. Em contrapartida no subperíodo - 2017-2018 –, o SISREG foi marcado pela reorganização do sistema, via de desmonte do que vinha sendo implementado; por dificuldades no acesso aos dados públicos; pela criação do Portal da Transparência, que não vem se efetivando na prática; pela regulação clientelista, marcada por escândalos relacionados ao uso do SISREG; pela retirada de autonomia da APS e a centralização do processo sob responsabilidade dos médicos reguladores; pelo excesso de regras e protocolos que dificultam o acesso ao sistema e facilitam o desmonte da APS amparado na reformulação da PNAB de 2017; pela negligência/omissão com relação à capacitação dos profissionais de saúde; pela triplicação do número de pessoas aguardando na fila de espera virtual. Assim, o acesso à RAS pelo SISREG no Rio de Janeiro encontra-se marcado por adversidades e impasses, estando em desacordo com os princípios do SUS, realidade que pode ser destacada pelas longas filas virtuais do SISREG no período estudado.

Palavras-chave: Saúde. Regulação. Atenção Primária de Saúde. SISREG.

ABSTRACT

PINTO, Neusa de Resende. **The SISREG in primary health care:** a study on the reorganization of the SUS gateway in the city of Rio de Janeiro. 2021. 263 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This dissertation approaches the SISREG as the gateway of the SUS in the city of Rio de Janeiro, aiming to analyze its operationalization by Primary Health Care (PHC), in the period from 2012 to 2018. It consists of a qualitative, exploratory and descriptive study, based on the critical-dialectical method and used: secondary data of free and unrestricted access -that served for the characterization of SISREG; search on electronic sites; data collection in public documents digitized on the website of the Municipal Health Department, in order to identify the operationalization of regulation via SISREG, in the municipality of Rio de Janeiro and systematized observations in the daily practice as a social worker of a health unit of the municipality. In 2012, the municipality reorganized and created conditions for PHC to assume the attribution of being responsible for the entrance door of workers/users in the Health System through an online Job Regulation System. The results were grouped into two subperiods - 2012-2017 - years that mark the decentralization process in the operationalization of the system and - 2017-2018 - which indicates the beginning of a reorganization of the SISREG centralized at the central level of the city hall and that goes back to autonomy and the reduction of responsibilities to PHC units as of 2012. In the subperiod - 2012-2017 - the: the process of decentralization of responsibility from regulation to PHC; The SISREG as the main tool of outpatient care regulation in the municipality; the expansion of PHC in the municipality through the privatization route, which was not accompanied by the expansion of the health care network (RAS), at secondary and tertiary levels, in order to increase the access of more citizens to health services in a way that fully paid-up; the decentralization of the regulation of specialized procedures for PHC, by assigning the regulatory function to the doctors responsible for the municipality's technical guardians; the development of protocols on SISREG; the concern with the training of professionals; respect for protocols and professional regulation. In contrast to the sub-period - 2017-2018 -, the SISREG was marked by the reorganization of the system, via dismantling of what had been implemented; difficulties in accessing public data; by the creation of the Transparency Portal, which has not been effective in practice; by clientelist regulation, marked by scandals related to the use of SISREG; the withdrawal of autonomy from PHC and the centralization of the process under the responsibility of regulatory physicians; by the excess of rules and protocols that hinder access to the system and facilitate the dismantling of PHC based on the reformulation of the 2017 PNAB; negligence/omission in relation to the training of health professionals; by tripling the number of people waiting in the virtual queue. Thus, access to The RAS by SISREG in Rio de Janeiro is marked by adversities and impasses, being in disagreement with the principles of the SUS, a reality that can be highlighted by the long virtual queues of the SISREG in the period studied

Keywords: Health. Regulation. Primary Health Care. SISREG.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	IDSUS do estado do Rio de Janeiro.....	128
Quadro 2 –	Áreas de planejamento – Município do Rio de Janeiro.....	129
Figura 1 –	Densidade Demográfica: Bairros Município Rio de Janeiro.....	130
Quadro 3 –	Estudos e pesquisa sobre SISREG.....	151
Quadro 4 –	SISREG – Município do Rio de Janeiro – Pendências da regulação 2012/2017.....	174
Gráfico 1 –	Vagas Ofertadas SISREG ambulatorial.....	183

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
AIS	Ações integradas de saúde
AP	Area de Planejamento
APS	Atenção Primária de Saúde
ADAPS	Agência Para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
BM	Banco Mundial
CAIPE	Central de Autorização de Internação e Procedimentos Especiais
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBS	Comunidades Eclesiais de Base
CER	Centro de Especialidades em Reabilitação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMSOC	Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMI	Complexo Médico Industrial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CR	Complexo Regulador
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEM	Democratas
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra Privatização da Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GT's	Gerentes Técnicos
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
ISS	Imposto Sobre Serviços
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
NEEPSS	Núcleo de Estudos Extensão e Pesquisa em Serviço Social
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOB	Norma Operacional Básica
NHS	National Health Service
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações não Governamentais

ONU	Organização das Nações Unidas
OS's	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNR	Política Nacional de Regulação
PNS	Política Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programa de Pactuação Integrada
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RT'S	Responsáveis Técnicos
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação de Vagas
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUBREG	Subsecretaria de Regulação
S/SUBGERAL	Subsecretaria Geral da Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCMRJ	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	United Nations Children's Fundação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1 CAPITALISMO, POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICA DE SAÚDE.....	43
1.1. A constituição das políticas sociais no capitalismo monopolista.....	43
1.2. Saúde e sua constituição enquanto política pública no Brasil.....	53
1.2.1. <u>Os princípios e diretrizes do SUS.....</u>	<u>62</u>
1.3. A contrarreforma do estado no Brasil: Reforma Sanitária x Privatização do SUS	74
1.3.1. <u>Reorganização do SUS e suas particularidades no processo de descentralização/desresponsabilização.....</u>	<u>86</u>
1.3.2. <u>Regulação em saúde e seus dilemas em tempos de privatização do SUS.....</u>	<u>95</u>
2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	107
2.1. A Atenção Primária em Saúde.....	107
2.1.1. <u>Breve análise da Atenção Primária de Saúde no Brasil.....</u>	<u>113</u>
2.2. As particularidades do processo de municipalização no município do Rio de Janeiro e o reordenamento da Atenção Primária de Saúde.....	118
2.2.1. <u>A organização da Rede de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro.....</u>	<u>128</u>
2.3. O Sistema Online de regulação de vagas – SISREG – como porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro.....	138
2.3.1. <u>Procedimentos Metodológicos.....</u>	<u>148</u>
2.3.2. <u>Breve apresentação da produção bibliográfica sobre o SISREG.....</u>	<u>150</u>
2.3.3. <u>A Central de Regulação Carioca – apresentando o SISREG/RJ.....</u>	<u>160</u>
2.4. A operacionalização do SISREG no município do Rio de Janeiro.....	181
2.5. O assistente social e o necessário debate sobre regulação em saúde...194	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	217
REFERÊNCIAS.....	235
APÊNDICE.....	251

INTRODUÇÃO

“Isso é um mata pobre!! Meios de enganar as pessoas que precisam”.
(Trabalhador/usuário RAS/RJ)

“Ocorreu um sangramento em minhas vistas, na qual procurei um médico específico e o médico indicou um tratamento. Logo fomos para defensoria pública e o mesmo não resolveu, devido a demora meu problema se agravou, quando fomos chamados pelo SISREG no hospital Servidor do Estado e lá não realizei o tratamento por que alegaram falta de insumo e o médico não me deu esperança de quando chegaria o insumo. Quando o problema já estava agravado e acabei perdendo a visão de ambas as vistas, procurei um médico particular e lá o médico me informou que se eu quisesse recuperar 50% da visão eu teria que operar, e por isso estou fazendo essa vaquinha online, o valor de cada operação é de R\$ 13 Mil reais. (Trabalhador, Usuário do SUS)

“Isso é crime [fila do SISREG]. Vidas ameaçadas e interrompidas! A má gestão da Saúde está matando mais que o Covid”. (Profissional de saúde)

É no contexto do martírio vivenciado por trabalhadores usuários da RAS e dos profissionais da saúde do município do Rio de Janeiro que na presente dissertação abordamos o Sistema Nacional de Regulação - SISREG¹ - e sua implantação e implementação no município, em especial, a sua operacionalização pela Atenção Primária de Saúde (APS).

Refletir sobre essa temática tem relação com meu espaço de trabalho² e ocorreu mediante a observação de que no Rio de Janeiro, após diferentes configurações, no ano de 2012, a gestão municipal de saúde descentralizou a regulação ambulatorial e atribuiu essa responsabilidade às unidades de Atenção Primária de Saúde (APS).

Foi no cotidiano da minha atuação numa unidade de Atenção Primária de Saúde (APS), onde é necessário dar respostas imediatas às diferentes expressões da questão social³, que se deu a aproximação inicial com os frequentes problemas trazidos pela/os usuárias/os sobre o SISREG, o que se constitui como objeto central desse estudo. A

¹ O SISREG é um Sistema on-line organizado pelo Ministério da Saúde para facilitar o gerenciamento dos Complexos de Regulação e organizar o acesso, desde a atenção básica até a internação hospitalar. A Política Nacional de Regulação prevê a operacionalização da regulação do acesso definida como uma dimensão do processo regulatório em saúde que, por meio de Complexos Reguladores, visa organizar uma rede de cuidado integral e equitativa.

² Assistente Social concursada da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) e lotada no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz (CMSOC), unidade de atenção primária localizada no Centro do Rio de Janeiro.

³ A “questão social” demanda do Estado intervenção além da filantropia e da coerção, que se dá através das políticas sociais, dentre estas a política de saúde.

realização de atendimentos individuais e grupais aos usuário/as do SUS, de reuniões de apoio matricial aos profissionais das equipes de Saúde da Família, de reuniões intersetoriais com profissionais de outras secretarias e, fundamentalmente, do acompanhamento desse processo, despertou o desejo de refletir sobre a operacionalização do SISREG na Atenção Primária de Saúde do Rio de Janeiro, na perspectiva de trazer à tona os dilemas, as contradições, as tensões e as vontades políticas dos diferentes sujeitos envolvidas neste processo.

A descentralização e a estruturação da regulação assistencial ambulatorial sob responsabilidade da APS no Rio de Janeiro tiveram grande repercussão nos serviços de referência ambulatorial e hospitalar, haja vista que o reordenamento e a ampliação da Atenção Primária de Saúde são bastante recentes e lentos, de acordo com os princípios constitucionais, sendo esse reordenamento marcado por tensões, disputas, conflitos e lutas de interesses contraditórios. Isso pressupõe uma série de questionamentos sobre os limites de se concretizar os ideais da Reforma Sanitária, concretizados em parte na promulgação da Constituição de 1988 e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde – LOS 80.80 e 8142 em 1990, num momento em que a propositiva neoliberal passou a “inverter” a lógica dos direitos que foram conquistados através de uma luta histórica de amplos setores da sociedade.

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 (CF 1988), a saúde passa a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade (PORTAL SISREG, 2008). Garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do princípio da universalidade, foi necessário instituir a Política Nacional de Regulação do SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas do governo capazes de criar mecanismos de ordenação das práticas de assistência (BRASIL, Complexos Reguladores, 2007). Portanto, a regulação compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder as demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial.

Conforme Oliveira (2010), O SISREG faz parte de uma série de estratégias de

regulação da política nacional de saúde, as quais vêm sendo postas em prática pelo SUS, desde o início dos anos de 1990. Com as Normas Operacionais do SUS⁴, editadas a partir de 1991, e que podem ser consideradas como “instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS”, tivemos a introdução do termo “Regulação”, na Norma Operacional/NOAS 01/02, quando foram apresentadas orientações de atuação para a Gestão do SUS, em ações e serviços de controle, avaliação e auditoria, incluindo o conceito de regulação e suas implicações para reorganização do modelo, visando um acesso aos serviços de saúde com equidade da saúde. Contudo, é importante ressaltar que não ocorreu por parte da maioria dos Municípios a adesão necessária para a modificação do conceito de “acesso” até então utilizados pelos “municípios” (OLIVEIRA, 2010).

É um desafio aprofundar o entendimento sobre o SISREG, procurando os subsídios de como se deu a introdução do termo “Regulação” no SUS e fazer uma análise sobre a lentidão dos municípios em avançar na reorganização do modelo para um acesso com maior equidade é fundamental, já que o Rio de Janeiro somente a partir de 2012 conseguiu criar condições para que a APS assumisse a atribuição de ser responsável pela porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde, através de um Sistema de Regulação de Vagas online.

A Regulação, como mostra Oliveira (2010), de acordo com a perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS), “é função de governança dos sistemas de saúde; ela está atrelada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde” (OMS, 2000 apud OLIVEIRA, 2010).

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2007, p. 23).

De acordo com dados presentes no DATASUS, os sistemas de Regulação em

⁴ As normas operacionais são portarias que definem critérios e mecanismos de transferência de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para Estados e municípios. Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas: as Normas Operacionais Básicas do SUS de 01/1991, de 01/1992, de 01/1993 e de 01/1996; e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002 (MENDES; ALMEIDA, 2005).

Saúde são direcionados a responderem às funções do SUS voltadas para soluções referentes à otimização na alocação e distribuição de recursos. Não podemos desconsiderar que a necessidade da Regulação em Saúde precisa ser justificada pela importância do Estado em garantir que as decisões permaneçam consistentes com o interesse público, traduzindo assim o interesse comum dos cidadãos, usuários do SUS, representando a autoridade do Estado como meio de garantir a efetivação da política de saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Conforme o art. 5º, I da Lei Orgânica da Saúde, é objetivo do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Pelo SUS, a hierarquização do sistema de referência e contrarreferência do paciente visa garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde – desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades de tratamento. Desta forma, os usuários de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades de atenção primária de saúde ou na rede secundária, podem ser referenciados para a rede terciária. Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente deve ser contrarreferenciado para a sua unidade de origem na APS, para dar seguimento ao acompanhamento de saúde. Sendo, portanto,

o Sistema de Referência e Contra-Referência um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. Essas unidades de maior complexidade são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contra-referenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011, p. 3).

O principal referencial para a abordagem da questão da integralidade da assistência no SUS está presente no parágrafo II, artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece – “atendimento integral, com prioridade para as atividades

preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), quando define como um dos princípios do Sistema a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (art. 7º, inciso II).

O que é importante ressaltar que tanto o Ministério da Saúde (MS) como a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) consideram que a rede de serviços de atenção primária de saúde (APS) pode resolver uma média de 85% dos problemas de saúde da população. Sendo que esta resolutividade contribuiu para que a Estratégia de Saúde da Família tenha sido uma das principais estratégias de reorganização do SUS e da reorientação da atenção primária no que diz respeito ao resgate das diretrizes e princípios do SUS e das práticas de atenção.

Contudo, para que haja tal resolutividade, o nível secundário e terciário de atenção à saúde precisa assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis ao diagnóstico e tratamento pela APS.

Nesse processo, a abordagem da integração dos sistemas e redes de saúde envolve diversos aspectos inter-relacionados, a saber: regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico. Diversos aspectos precisam ser considerados para garantir a integração das RAS, sendo que os princípios orientadores do processo de regulação da atenção à saúde foram estabelecidos pelo Pacto pela Saúde aprovado em 2006, imprescindível também para o bom funcionamento do sistema de referência e contra referência na APS.

Com o processo de municipalização, foi atribuído ao município ser o ente principal na prestação dos serviços e das ações em saúde, sendo que a totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde devem ser desenvolvidos em conjunto e com comando único, respeitando-se a hierarquização dos subsistemas municipais, de forma coordenada e organizada pelo gestor municipal, garantindo à população a disponibilidade das ações e dos meios para um atendimento integral e humanizado.

Para tanto, cada vez mais, os municípios passam por um constante processo de aperfeiçoamento, com diferentes prerrogativas e responsabilidades: a gestão plena da atenção básica à saúde e a responsabilização pela totalidade dos serviços de saúde, o

que pressupõe alta capacidade técnica e administrativa.

Nesse processo, tem-se a aprovação da Política Nacional de Regulação⁵, em 2008, momento em que ocorreu a regulamentação de todo e qualquer procedimento de marcação de consulta; exames e internação, necessários muitas vezes para garantir a integralidade nos cuidados de saúde da população.

Criada em 2008, a Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) objetiva, precipuamente, promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários ao SUS. Não em uma lógica meramente financeira, a regulação em saúde contribui para otimizar a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja, para tanto, a fragmentação do cuidado (VILARINS, 2012, p. 644).

Foi nesse cenário, que a marcação de consultas e exames dos usuários das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, passou a ser realizado de forma informatizada por meio de um Sistema de Regulação, vinculado ao Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde, sendo premissa desse sistema abranger desde o nível primário até os de média e alta complexidade, promovendo um maior fluxo dos usuários e otimização dos recursos, além de integrar as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Apesar de avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, nota-se que esse processo ainda ocorre de forma bastante incipiente e requer aprimoramento em diversos aspectos, sendo importante apontar que para essa integralidade acontecer é necessário garantir a qualidade do atendimento aos usuários e a alocação eficiente de recursos médico hospitalares.

Porém, a viabilização dos objetivos do SUS não vem sendo possibilidade concreta para os governos eleitos, após a Constituição de 1988, já que esse “modelo regulador” que foi implementado a partir dos anos de 1990 ocorre no mesmo contexto da aprovação da Reforma do Estado de Bresser Pereira, reforma que, defendida pelo ideário neoliberal, traz à tona a questão da função regulatória da administração pública; função sustentada pelos pilares da descentralização administrativa – com a criação de agências autônomas (executivas e reguladoras) e organizações sociais; implementação de parâmetros gerenciais e melhoria do atendimento ao público⁶.

⁵ Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008.

⁶ BRASIL. Presidência da República. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano

Frente ao exposto, podemos observar que as definições sobre regulação estão relacionadas às novas funções que o Estado brasileiro deve desempenhar no contexto neoliberal, deixando de intervir diretamente e passando a atuar indiretamente no domínio econômico, como agente normativo e regulador.

Com a regulação associada à questão da eficiência alocativa, o que importa é demonstrar que o papel do Estado vem se modificando. Assim, a regulação nada mais é do que uma forma de propiciar eficiência econômica e estaria a serviço da própria economia (LIMA, 2013). Nesse contexto, o papel do Estado passa a ser o de estabelecer regras definidas para atuação dos mercados, o que configuraria a passagem de um Estado prestador para um Estado regulador⁷.

Na prática, o que temos é algo muito mais complexo, onde se enquadram os preceitos da doutrina neoliberal que, através de um “falso discurso”, incentiva o Estado a desburocratizar, racionalizar, descentralizar e desregulamentar suas ações, criando um ambiente favorável aos mecanismos de mercado e, conseqüentemente, ao surgimento de empresas privadas lucrativas na produção desses serviços: ou seja, ambiente favorável aos negócios. Como afirma Bravo (2013):

a proposta de Reforma Administrativa ocorrida no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, comandada por Bresser Pereira, é um bom exemplo dessa concepção [a do Projeto Privatista]. Ela tem por suporte a crítica aos modelos patrimonialistas e burocráticos de organização do aparelho estatal, e propõe um modelo gerencial para dar conta das exigências de efetividade e eficiência. Há o redesenho da organização estatal com redistribuição de suas funções entre novos organismos não estatais (Pereira, 1995). A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedecem às leis do mercado (p. 178).

Num estudo realizado por Cecílio et al (2014), os autores apresentam algumas definições para o termo regulação. Na dimensão governamental⁸, o termo regulação pode ser compreendido como a disponibilidade da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de complexos reguladores, articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de

Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: 1995.

⁷ A discussão do Estado prestador versus Estado regulador será aprofundada na dissertação.

⁸ Conforme previsto na Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da União 2002.

recursos, além das ações de avaliação e controle. Diante disso, o que é importante para a regulação é a disponibilização da assistência de forma oportuna e qualificada, o que precisa ser garantido através de uma tríplice definição de acesso: “ele é um “chegar lá”, no tempo adequado, obtendo o que se precisa” (CECÍLIO et al, 2014, p. 1503). Concordamos com os autores que a garantia de acesso, nessa direção, depende dos sujeitos envolvidos no processo da regulação, já que a mesma é marcada por dissensos, o que permite afirmar que é da natureza da regulação ser campo de conflitos e de disputas, que vai muito além de um simples ordenamento burocrático-administrativo.

Assim, a regulação é uma produção social, comportando diferentes lógicas, racionalidades e processualidades ou regimes de regulação e é sempre resultante de um processo tenso e provisório do cruzamento de múltiplos regimes de regulação, (CECÍLIO et al, 2014). A partir do estudo realizado em duas cidades do ABCD paulista⁹, os autores identificaram e classificaram a regulação em quatro regimes¹⁰:

- o regime de regulação governamental;
- o regime de regulação profissional;
- o regime de regulação clientelístico;
- e o regime de regulação leiga;

O interessante é que essa classificação interage e pode até divergir da regulação governamental, que é aquela que vai sendo produzida pelo arsenal jurídico instituinte do SUS, baseada conceitual, ética e politicamente nos princípios de direitos e cidadania preconizados pela Constituição de 1988, com especial ênfase para os princípios da universalidade (acesso universal para todos os cidadãos) e princípio da equidade (com adequação de cuidados particulares a necessidades específicas). É responsabilidade do governo e o mesmo reivindica ser o regulador principal, senão o único capaz de garantir tais direitos.

Porém nem todos os sujeitos e atores sociais envolvidos no processo atuam de

⁹ A pesquisa foi realizada em dois municípios da grande região do ABCD Paulista, SP/Brasil. As cidades, apesar de terem histórias distintas de construção do SUS, contam com uma rede organizada Atenção Básica, especializada e hospitalar (CECÍLIO et al, 2014).

¹⁰ Discussão sobre esses quatro regimes está presente no Capítulo 2 dessa Dissertação.

acordo com o conceito de regulação conforme apresentado acima; buscam mudar as regras do jogo, instituindo novos modos de regulação, como as já identificadas (governamental, profissional, clientelística e leiga) e, conforme hipótese de Cecílio (2014), é possível encontrar esses regimes de regulação em outros municípios, como é o caso do nosso cenário de estudo – a cidade do Rio de Janeiro. Assim, esta caracterização dos quatro regimes de regulação nos será útil para a análise do SISREG no município do Rio de Janeiro.

Como Assistente Social estatutária da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), desde 2007, e atuando na área de Saúde, desde 2010, venho presenciando os dilemas presentes face o processo de descentralização, para que a Atenção Primária de Saúde seja a responsável pela operacionalização do SISREG. Coincidência ou não, esta reorganização ocorre no mesmo contexto em que se ampliou a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pela via da privatização. Assim, o interesse pelo estudo é oriundo da aproximação profissional e teórica com a área da saúde pública, em decorrência da atuação como Assistente Social no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz (CMSOC) - unidade de atenção primária localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro.

Esta descentralização da regulação para APS, ou seja, a ordenação e coordenação da rede pela porta de entrada do SUS, poderia até ser positiva, se o usuário/a tivesse o acesso sem burocracia no seu retorno à unidade de origem, quando seria altamente resolutivo um encaminhamento para a rede secundária e terciária, respeitando as demandas clínicas, gravidade/classificação de risco e a área de moradia de cada um. Porém, na prática, não foi isso que aconteceu; a regulação via SISREG tornou-se um dificultador, quando não um entrave, uma vez que as unidades de atenção secundária, incluindo aí as Policlínicas e até mesmo os ambulatórios especializados dos hospitais, não se comunicam com a APS. Diante disso, os profissionais dessa rede hierarquizada precisariam ter acesso online ao histórico de acompanhamento do usuário, quando se tornaria muito potente uma organização da regulação onde se aproveitassem as potencialidades locais de cada área de planejamento (AP) da cidade do Rio de Janeiro. Efetivar-se-ia, assim, a integralidade nas ações e a resolutividade nos serviços ofertados pela APS.

Mas, para isso acontecer, a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS)

precisa ser horizontal; precisa-se conversar, articular os níveis de articulação de complexidade, o que não se efetivou. A realidade concreta é que a comunicação na rede de saúde é precária, segmentada e totalmente desarticulada, o que dificulta, quando não entrava, o processo de referência e contra referência.

As unidades mistas da APS no Rio de Janeiro¹¹ comportam, num mesmo espaço, equipes de saúde da família, com profissionais contratados pela via de Organizações Sociais (OS's) e profissionais concursados que fazem parte do modelo tradicional e que por falta de concurso público vêm diminuindo drasticamente. Em algumas unidades, como é o caso do CMSOC, conta-se também com equipe de Consultório na Rua¹², que também é gerida por OS's. Este quadro, conseqüentemente, interfere na organização das rotinas de trabalho dos profissionais envolvidos, dentre estes, o assistente social que, diante de seus compromissos ético-políticos, precisa ter o SUS, seus princípios¹³ e a concepção de saúde ampliada como eixo norteador para elaboração, implementação e a execução de seus planos de trabalho. Neste contexto, os assistentes sociais, assim como os demais profissionais comprometidos com os interesses e necessidades dos usuários/as, enfrentam limites diários na realização de suas ações profissionais e, como principais, dentre tantos outros, podemos destacar:

- Um dos maiores limites que vem colocando em xeque até mesmo os princípios do SUS no Rio de Janeiro é a configuração de vários modelos e frentes de trabalho diferenciadas para atendimento à população.
- Existência de um grande rodízio de profissionais de saúde inseridos num mesmo espaço físico, mas atuando com objetivos diferentes e, em muitos momentos, sem a defesa do SUS;
- Adoecimento dos profissionais, frente as exigências e limites que encontram em sua rotina de trabalho;
- Não são raros aqueles que, “engolidos” pela rotina burocratizada, estão apenas

¹¹ Unidades mistas ou Tipo B onde somente parte do território é coberto pelo Programa de Estratégia de Saúde da Família.

¹² Equipe implantada em 2010, através do Projeto Saúde em Movimento nas Ruas elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A partir da Portaria 122/2012/SMS/RJ, estas equipes que eram conhecidas como “PSF Pop Rua” passaram por adequações e foram credenciadas a partir de 2013 como Equipe Consultório na Rua (LOUZADA, 2015, p.17).

¹³ Princípios do SUS: universalização, integralidade, equidade e hierarquização das ações.

aguardando o tão sonhado dia de se aposentar;

- Os profissionais comprometidos com o SUS, entre requisições institucionais impositivas e excesso de demanda, contam com poucas oportunidades de ampliação de sua relativa autonomia e poder decisório, frente a um modelo “tecnificado” e informatizado da porta de entrada do SUS.

Apontar esses enfrentamentos e a fragmentação dos profissionais de saúde¹⁴ em várias frentes de atendimento à população numa mesma unidade de saúde contribui para elucidarmos os limites que podem ser um nó, a partir da própria “estrutura” institucional, ações multidisciplinares e/ou interdisciplinares, imprescindível na área da saúde. Estes limites apontados dificultam ainda mais a organização de uma regulação horizontal na Rede de Atenção a Saúde -RAS.

Como aponta Melo (2019), é impossível discutir a Regulação, sem contextualizarmos a rede de saúde nas suas diferentes modalidades de serviços de saúde e ressalta ser imprescindível para a organização de um fluxo com comunicação intra e interserviços: a estrutura e mecanismos de gestão (incluindo a Regulação); e os Sistemas de Apoio (Logística, diagnósticos e serviços terapêuticos). Quanto a sua perspectiva de Regulação, o autor aponta que é apenas uma das estratégias de gestão, não concordando com a perspectiva de que Regulação seja sinônimo de logística. Na sua análise sobre o SISREG no Rio de Janeiro, ressalta que o sistema é apenas um dos aspectos da organização de um fluxo de agendamentos de consultas. Assim, caso não se atente para as questões que envolvem distância; tempo para deslocamento numa capital de grande porte; recursos financeiros para utilização do transporte público e demora em ser atendido nos serviços regulados, em nada o SISREG contribuirá para a organização de uma RAS com potencialidades.

Apresentado a discussão sobre as dificuldades na construção da RAS, fica claro que a porta de entrada do SUS caminha com uma série de limites e lacunas para atendimento na atenção especializada e é nesse espaço cheio de limites que a APS

¹⁴ O Conselho Nacional de Saúde - CNS, no sentido de reforçar a perspectiva ampliada de saúde e o acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, reconheceu treze profissões que são de fundamental importância para ações que respeitem os princípios constitucionais: assistentes sociais, os biólogos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os médicos veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais (CNS, Resolução nº 218, de 06/03/1997).

focalizada¹⁵ tem como uma de suas responsabilidades – “inserir o usuário no SISREG”. Dado esses limites, o usuário tem as dificuldades históricas para acessar o sistema de saúde que vem sendo operacionalizado pela APS no Rio de Janeiro redobradas. Um exemplo desses limites é o que pode ocorrer no preenchimento incorreto das guias de encaminhamentos no SISREG, ocasionando a não autorização pelo setor de regulação de um atendimento que pode ser prioritário e, com isso, prejudicar ainda mais o estado de saúde do usuário. Outra questão tem a ver com o excesso de protocolos para acessar vagas e procedimentos, o que coloca em evidência a subalternidade dos profissionais de saúde da APS, dentre eles, o médico que precisa seguir o trâmite burocrático para que o usuário acesse a rede de saúde, dentre outras questões que serão destacadas na análise do SISREG no Rio de Janeiro.

A reflexão de Vasconcelos (2012)¹⁶ é central para compreendermos como ocorre essa subalternidade, que à primeira vista pode ser percebida somente como relativa aos assistentes sociais. A autora aponta que, numa análise mais atenta, a condição de subalternidade e subserviência está relacionada a todas as profissões de saúde na sociedade capitalista e impacta “essencialmente a saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (p. 532).

Uma reflexão de Almeida (1996) contribui para demarcarmos os limites e possibilidades do Serviço Social nesse contexto institucional:

[...] a competência política e teórico-metodológica nos auxilia a demarcar os limites e alcances da prática profissional alicerçados num conjunto de habilidades que vão desde o reconhecimento das particularidades do terreno da atuação do Serviço Social e suas implicações político-ocupacionais até o domínio dos recursos técnico-instrumentais mobilizados para analisar e intervir sobre algum aspecto da realidade, como para sistematizar e refletir sobre sua própria prática (ALMEIDA, 1996, p.41).

¹⁵ Segundo Behring (2008), as políticas sociais passaram a ser orientadas pelo trinômio privatização-focalização-descentralização, na perspectiva do ideário neoliberal, o que se fez mais contundente a partir da segunda metade dos anos de 1990, com Fernando Henrique Cardoso (FHC), sob contrarreformas do Estado

¹⁶ O livro de Ana Vasconcelos - A Prática do Serviço Social Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde teve sua 1ª edição no ano de 2002. Na 8ª edição publicada em 2012, a autora insere o Posfácio **A Saúde Como Negócio – As profissões de saúde como instrumento do complexo médico industrial** – que deve ser leitura imprescindível não só para os Assistentes Sociais, mas também para todos os profissionais da saúde que “almejam, como profissionais de saúde, contribuir na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, universal, com controle social” (VASCONCELOS, 2012, p. 525). No Posfácio encontramos uma importante reflexão para todos que almejam práticas articuladas aos interesses históricos da classe trabalhadora, num momento tão complexo e contraditório.

Porém, é preciso considerar os limites e as possibilidades presentes numa conjuntura de desmonte da APS, quando “dados da realidade que estão presentes na prática dos assistentes sociais, dados que revelam a relação secundária/de subserviência dos assistentes sociais aparentemente com relação aos médicos e aos demais profissionais de saúde” são essenciais para captarmos o movimento da realidade (VASCONCELOS, 2015, p. 534). Nessa direção, a autora elenca dados do cotidiano profissional observados junto a assistentes sociais que atuam na área da saúde:

Prioridade ao atendimento das requisições institucionais relacionados ao tratamento e à cura (acesso a exames laboratoriais, medicamentos, órtese, prótese, remoção/transferência, bolsa de alimentos, exames laboratoriais, “furar” a rotina para atender casos encaminhados pela direção/gestores etc.); a mediação de conflitos, em detrimento de ações prioritárias de promoção, prevenção e controle social, como estão garantidas legalmente tanto na CF de 1988 como na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90); inserção dos assistentes sociais nas unidades de saúde obedecendo a lógica de distribuição dos médicos, isto é, em prejuízo das unidades de atenção básica e de média complexidade, concentração dos profissionais nas unidades terciárias, de emergência e reabilitação, não por acaso as unidades que demandam mais investimentos em medicamentos, insumos e equipamentos, se prestando à realização de grandes negócios; prioridade ao atendimento no plantão e/ou visitas aos leitos de “pacientes” denominados “casos sociais”; prioridade à demanda espontânea; prioridade ao atendimento dos usuários encaminhados pelos médicos e demais profissionais; prioridade à entrevista – objetivando “solução de problemas” – em detrimento de reuniões, em que a democratização de conhecimentos necessários e relevantes, o exercício de relações democráticas, o controle social e os processos de mobilização, organização e formação dos sujeitos envolvidos no processo encontram um terreno mais fértil e mais favorável (VASCONCELOS, 2012, p.534).

Os dados apresentados por Vasconcelos aproximam-se bastante do cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na APS/RJ, atualmente¹⁷. Desta forma, a realidade citada acima contribui para compreendermos o movimento do campo institucional na APS e situar a prática do assistente social na perspectiva de entender os fenômenos sociais que se manifestam cotidianamente no âmbito institucional ou relacionado a ele, e poder trilhar o caminho de ruptura com a fragmentação e a imediatividade com que são apresentados, seja pelas demandas dos usuários da política de saúde, seja pelas requisições institucionais.

¹⁷ Como no meu caso, que atuo numa unidade de saúde da Atenção Primária de Saúde Tipo B – CMS Oswaldo Cruz.

Assim, pensar o movimento da política social requer, além da competência teórico-metodológica, desvelar os processos sociais e entender seus rebatimentos no cotidiano dos usuários. Dessa forma, exige-se do profissional/pesquisador uma formação sobre temas fundamentais para a concretização de seu trabalho (legislações, programas sociais, conselhos de direitos, institutos de defesa de direitos etc.), para que possa pensar e atuar de forma competente e crítica frente às requisições que lhe são postas pelos usuários e empregadores. É imprescindível para o profissional o conhecimento da realidade sobre a qual atua, compreendendo o movimento institucional, o movimento do capital em direção aos serviços de saúde e de que forma estes rebatem na prática dos profissionais da saúde, dentre estes, o assistente social.

No processo de intervenção social do assistente social, torna-se necessário reconhecer a complexidade do objeto de trabalho a partir da perspectiva da totalidade, o que favorecerá o reconhecimento das requisições institucionais, das demandas dos usuários e das identificadas pelo próprio profissional, sabendo que estas questões ultrapassam os limites da instituição e são fundamentais e imprescindíveis aos usuários e à própria instituição. Reconhecer tais requisições e demandas coloca para a categoria profissional muitos desafios, seja no âmbito dos espaços ocupacionais, seja no âmbito da produção de conhecimento nas instituições formadoras.

A contribuição de Vasconcelos (2015) é imprescindível para pensarmos os desafios profissionais já que as alternativas e possibilidades de atuação, presente na realidade, só podem resultar de mediações teóricas; elas não se revelam por si mesmas, é preciso sistematização e contextualização das situações concretas. (VASCONCELOS, 2015, p. 457).

Para os profissionais que assumem o compromisso ético político com as classes trabalhadoras, o rigor teórico metodológico e técnico operativo são essenciais para direcionar as ações profissionais rumo ao favorecimento dos usuários na utilização dos serviços de saúde como direito social e dever do Estado, o que contribuirá também para uma atuação qualificada nos determinantes sociais do processo saúde-doença e na defesa do SUS, com menos riscos de utilizar os instrumentos e técnicas por uma via conservadora ou até mesmo como se fosse sair da “cartola mágica” ou de “receitas”.

Ações demarcadas pelo compromisso com a classe trabalhadora exigem, continuamente, qualificação teórica e técnica que possa favorecer uma análise

críticada realidade e das demandas apresentadas pelos usuários, ou seja, ações que, conectadas ao projeto ético-político profissional¹⁸, realizem, e coloquem possibilidades de ampliação dos direitos garantidos constitucionalmente.

É nessa direção que este estudo se coloca como estratégico para desvelarmos, com base na realidade concreta, como o movimento do grande capital vem capturando os serviços de saúde numa perspectiva que favorece o capital em detrimento do trabalhador. Assim, a abordagem do SISREG – que é o objeto de estudo, numa primeira aproximação -, ao identificar os muitos limites na sua operacionalização, revela contradições entre objetivos e realidade.

No processo de estudo, é preciso destacar o moroso, burocrático e conflituoso processo de aprovação da pesquisa nos diferentes Comitês de Ética e os limites que tivemos para a coleta e análise de dados para esse estudo. Trata-se de uma primeira aproximação a um objeto de estudo bastante complexo e que ainda é pouco estudado pelos pesquisadores do Serviço Social e, também, por áreas afins.

Destaco que não foi possível realizarmos a pesquisa de campo conforme proposto no Projeto de Dissertação, já que vários entraves se entrecruzaram no decorrer desse estudo, sendo decisivo para não concretização da pesquisa de campo a aprovação tardia do projeto de pesquisa. O projeto, submetido em janeiro de 2019 à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), através da Plataforma Brasil, foi aprovado somente em dezembro de 2019, momento em que seguiu automaticamente para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) e, para minha surpresa, devolvido com pendências esdrúxulas, no dia 23/12/2020. Nas pendências, foi solicitado: TCLE dirigido aos usuários com linguagem compreensível; inclusão de logotipo da PCRJ no TCLE, bem como os dados do CEP/SMS; declaração negativa de custos (eu apresentei!); termo de autorização da Subsecretaria de Contratualização e Auditorias. Considerando que o Subsecretário da Atenção Básica levou de maio a fim de agosto de 2019 para assinar o termo de autorização, foi bastante desestimulante continuar respondendo as pendências

¹⁸ Na direção ético-política revelada nos onze princípios constantes do Código de Ética do assistente social [...] os quais só podem ser tomados e compreendidos de forma indissociável nas suas relações e conexões necessárias, bem como nas referências teórico-metodológicas fundadas na teoria social de Marx (VASCONCELOS, 2012, p. 524).

burocráticas do CEP/SMS e conclui que seria impossível realizar a pesquisa de campo parcial com os diretores das três unidades de Atenção Primária de Saúde da CAP 1.0, conforme sugerido no Exame de Qualificação realizado em 08/11/2019 para fundamentação dessa dissertação. Contudo segui respondendo as pendências com o objetivo de dar continuidade à pesquisa, após a defesa do mestrado, quem sabe avançando nesse estudo no Doutorado. Obtive a documentação necessária para responder as pendências do CEP somente em fevereiro de 2020 e por ter passado mais de 30 dias não foi possível incluir a justificativa na Plataforma Brasil.

Outro dificultador que atravessou a elaboração dessa dissertação refere-se ao momento em que estamos passando no Brasil e no mundo com a Pandemia do coronavírus – Corona Virus Disease (COVID-19) - que deveria ser enfrentada a partir da orientação dos órgãos de saúde pública, por meio de uma direção única comandada no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS). Porém, desde março/2020, alguns estados e municípios se organizaram por meio de isolamento social e quarentena, enquanto o presidente da república, Jair Bolsonaro, desqualificava sistematicamente o potencial do vírus, apelidando-o de “gripezinha”, sem contar que se posicionou e cometeu crimes gravíssimos contra a Saúde Pública do povo brasileiro. Foi corriqueira sua fala diária na imprensa contra isolamento social e em favor da economia e bastante comum sua presença em espaços públicos sem o respeito às orientações dos órgãos de saúde. Mas, o mais grave refere-se à exoneração de dois ministros da saúde em plena Pandemia¹⁹ e a opção de deixar o Ministério da Saúde à deriva nas mãos de um militar que não tem nenhuma experiência e nenhum entendimento sobre saúde pública.

¹⁹ Luiz Henrique Mandetta foi demitido por Bolsonaro em 16 de abril de 2020, em meio à pandemia do coronavírus, por divergências que se tornaram públicas sobre o isolamento social. Em 17/04/2020 foi nomeado o médico Nelson Teich, para substituir Mandetta, o segundo ministro que deixou o Ministério da Saúde antes mesmo de completar um mês no cargo e, também, divergiu de Bolsonaro sobre o isolamento social; por ser contra o uso da Cloroquina no tratamento do Covid-19; por discordar sobre mudanças em protocolos do SUS, dentre outras questões. A partir daí ficamos sem a nomeação de um terceiro ministro da saúde, quando foi indicado para o cargo, de forma interina, o general do Exército Eduardo Pazuello, que ocupava o cargo de secretário-executivo no Ministério da Saúde. Esse militar, após quatro meses como ministro interino, assumiu o cargo de Ministro de Estado e vem contribuindo para que a Pandemia do coronavírus no Brasil atinja níveis recordes de mortes. Até o momento, 19/12/2020, já perdemos mais de 180 mil brasileiros. O Brasil permaneceu como o segundo país com mais óbitos registrados pela Covid-19, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (Dados extraídos do PAINEL COVID-19 NO BRASIL, disponível em: <https://www.susanalitico.saude.gov.br> – acesso em 07/12/2020).

Conforme aponta Matos (2020), nesse contexto, grande parcela de trabalhadores/as formais passaram a desenvolver seu trabalho através do sistema “home office”, muitos desses trabalhadores/as entraram em férias coletivas e um expressivo número foi demitido dos seus postos de trabalho. Na contramão estão os trabalhadores/as da área de saúde²⁰ (onde me incluo), que tivemos férias e licenças prêmio suspensas e estamos trabalhando presencialmente, com rotinas alteradas e grande parte sem contar com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários.

A Pandemia prejudicou bastante minha dedicação na elaboração desse trabalho, não só por ter inviabilizado parte da coleta de dados, mas por estar atuando na linha de frente de uma unidade de atenção primária de saúde, que precisou se reorganizar e estabelecer suas prioridades de atendimento, situação agravada pela insegurança, desgaste e medo diário de ser contaminada com o novo coronavírus. Este estado de coisas é algo diário na vida dos trabalhadores que estão atuando na linha de frente: nos equipamentos da saúde e da assistência social, na limpeza e urbanização, nos transportes, na produção e entrega de alimentos, e nos diferentes serviços e atividades definidas como “essenciais”.

É fato que sem a pesquisa de campo, os resultados desse trabalho ficam bastante limitados, porém, preciso ressaltar que as excelentes orientações que recebi no Exame de Qualificação e o constante e rico processo de orientação que venho tendo da Professora Dr^a Ana Maria de Vasconcelos foram decisivos para a finalização dessa dissertação.

Com os resultados, poderemos avançar posteriormente nesse estudo e de fato conhecer sobre a atuação e os limites dos profissionais de saúde que operam o SISREG na Atenção Primária de Saúde no município do Rio de Janeiro. Nesse complexo de questões a serem enfrentadas por aqueles que assumem a defesa do SUS como a

²⁰ Ressaltamos que o Serviço Social foi uma das profissões requisitada a atuar em duas políticas de grande relevância e demanda - a Saúde e a Assistência Social -, tendo em vista ser uma das profissões da área de saúde e estratégica no atendimento à população e, na assistência social, imprescindível na viabilização de projetos e auxílios emergenciais. Com isso, até esta data – 06/12/2020 -, a categoria contabilizou 46 óbitos de assistentes sociais vitimadas pela Covid-19. (Dados extraídos do site do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar//menu/local/memorial>). Importa reconhecer a possibilidade de esses números estarem desatualizados, uma vez que o CFESS vem contando com o contato da própria categoria para atualizar a página.

única política pública universal, é urgente e fundamental a todos profissionais de saúde – inclusive o assistente social - conhecer a dinâmica vivenciada pelos usuários na principal porta de entrada dos serviços de saúde. A partir da revelação de meandros dessa porta de entrada, é possível afirmar, com os dados que temos, que é crescente a solicitação da população por serviços de saúde e crescente a demanda reprimida – quando a fila presencial foi substituída pela fila virtual, bem antes da pandemia -. Ou seja, na cidade que conta com a maior rede de saúde pública do país, existe um déficit da oferta destes serviços, consequência do pouco investimento público, e de sua destinação para a iniciativa privada através de OS, aliado a uma limitada interferência dos usuários na definição da política de saúde, não havendo um efetivo controle social como previsto na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Nesse contexto, a prática na saúde – envolvendo a atuação dos diferentes profissionais de saúde - lida com a identificação de necessidades constituídas em processos sócio-históricos que podem apresentar-se de diferentes formas – como, por exemplo, solicitação de consultas médicas, curativos, imunização, exames laboratoriais, radiológicos, visita domiciliar, encaminhamentos sociais, orientação previdenciária, etc. ou outro tipo qualquer de atenção à saúde –, as quais podem ou não serem reconhecidas e tomadas como objeto da atuação profissional. Essas necessidades, como parte e expressão da questão social, só podem ser tomadas como objeto de respostas pelo sistema de saúde/profissionais, mediadas pelo SISREG.

O Assistente Social, segundo Iamamoto (2005), tem a “questão social” como objeto de intervenção, sendo, portanto, um dos profissionais de saúde procurado pelo usuário para expor suas dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o que, por muitas vezes, limita e inviabiliza tanto a prevenção e tratamentos, como a manutenção do acompanhamento de saúde. É neste contexto que se torna essencial reconhecer que as dificuldades dos trabalhadores/usuários em acessar bens e serviços de saúde se constituem como expressões da “questão social”.

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (...) expressa portanto disparidades econômicas, políticas, culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e

formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (...) É fato reconhecido que historicamente a questão social tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais -, o que, nos países centrais, expressou-se no Welfare State, Estado Providência ou Estado Social. (IAMAMOTO, 2001, p. 16/17).

Netto (2001) aponta que o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’; diferentes estágios deste desenvolvimento produzem diferentes manifestações da “questão social”. O referido autor, assim como Iamamoto, parte da análise marxiana para explicar a “Questão Social”. Aborda que a sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital. A lei geral da acumulação capitalista revela sua anatomia.

A análise marxiana da “lei geral da acumulação capitalista”, contida no vigésimo terceiro capítulo do livro publicado em 1867²¹ (...) revela a anatomia da “questão social”, sua complexidade, seu caráter corolário (necessário) do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios. O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’ – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante (NETTO, 2001, p. 45).

Mesmo mediando as necessidades individuais e sociais que identificam no sistema de saúde o objeto de atuação das diferentes profissões de saúde, são poucos os estudos sobre o SISREG. Importante demarcar que os estudos identificados, até o momento, abordando criticamente a legislação, não dão conta de uma análise mais detalhada sobre o que os trabalhadores/usuários enfrentam no dia a dia com as filas virtuais e a pouca informação que recebem no momento do agendamento. Por isso, é fundamental apreender os principais limites à construção do SUS sob a ótica municipal, com o intuito de apreender o movimento da rede de cuidado na área de saúde. Desse modo, o estudo busca identificar se o SISREG vem sendo implantado na ótica da

²¹ Aqui Netto referencia K. Marx, O capital. Crítica da economia política (S. Paulo. Abril Cultural, vol. I, tomo 2, p. 187).

garantia dos princípios e diretrizes do SUS - Descentralização, Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social.

Para a análise desse processo, foi preciso compreender o que é a regulação em saúde e como ela vem sendo, frequentemente, apontada no contexto atual da privatização e mercantilização dos sistemas de saúde. Por esse caminho, que é contrário aos princípios do SUS, a regulação é vista como uma resposta potencial para o enfrentamento de questões de diferentes naturezas no sistema de saúde, tais como o financiamento, a oferta de serviços de saúde pela esfera privada, o que contribui para a privatização do SUS.

Para Oliveira (2010), que aborda os conceitos de regulação em saúde no Brasil, um dos aspectos importantes na discussão da regulação em saúde é o papel do estado. Ou seja, compreender como o Estado vem se inserindo nesse processo é fundamental, já que a regulação do acesso tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Neste processo, os gestores são definidos como seus sujeitos, o que abrange a regulação médica e exercício da autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2007).

Assim, para análise do SISREG enquanto um instrumento para a Regulação em Saúde no Rio de Janeiro estamos partindo de algumas indagações: Qual o enfoque que está sendo privilegiado pelo Estado, nas suas diferentes instâncias? Prestação de Serviços de qualidade; repasse da responsabilidade na oferta de serviços para os meios privados; flexibilização do financiamento; garantia de cuidados integrais à Saúde; acesso com equidade e controle social; outros? Como veremos, nem todas as indagações puderam ser respondidas nesta primeira aproximação ao objeto de pesquisa, porém, precisam ser abordadas pelo fato do sistema estar sendo implantado num contexto de privatização e desmonte do SUS.

Necessário deixar claro que a transformação do direito à saúde em negócio lucrativo segue uma tendência mundial colocada em questão no contexto da pandemia da Covid-19. No que diz respeito à garantia da proteção social, de restrição de direitos sociais, a partir de 2016, instalaram-se no Brasil governos golpistas que não estão medindo esforços para desmontar a já tão incipiente seguridade social brasileira que,

com todos os atropelos do governo federal, se mostra essencial no enfrentamento da pandemia no país. Na Saúde, o processo de desmonte do SUS já se encontrava em aceleração, com o congelamento de investimentos; revisão (desmonte) da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB²² - e desrespeito total aos princípios constitucionais, sem contar que, no Governo de Bolsonaro – mandato iniciado em janeiro de 2019 -, houve a escolha de um Ministro da Saúde²³ que era totalmente atrelado aos interesses dos megainvestidores e donos de Planos de Saúde. Mandetta²⁴ foi primeiro Ministro da Saúde desde a redemocratização a questionar o princípio da Universalidade e a propor cobrança de atendimentos no SUS.

Com a Pandemia do Coronavírus, Mandetta que não pode ser considerado um Bolsonarista clássico²⁵, foi obrigado a frear seus interesses de mercado e passa a atuar dentro de suas atribuições de Ministro da Saúde como um organizador das ações do SUS e dialogando com os governadores, prefeitos, secretários de saúde estaduais e municipais, questão que incomodou e muito o Presidente da República que, não pensando nas consequências trágicas da Pandemia, já exonerou dois ministros e segue com o Ministro Militar (e capacho) desmontando o SUS.

À frente do Ministério da Saúde, Pazuello está, desde maio de 2020, escondendo suas ações da população²⁶ e retomando as ideias já propagadas por Mandetta, em 2019, quando apontou a possibilidade de cobrar por consultas no SUS. Coincidência ou não, foi o mesmo momento em que tivemos a presença de Armínio Fraga²⁷ em

²² A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB aprovada em 2012 foi desconstruída na gestão golpista de Temer em 2016/2017. Gestão que também foi responsável pela aprovação da PEC 55 - que tem como propósito congelar os investimentos públicos por 20 anos, a consequência é trágica para as políticas sociais da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social) e Educação.

²³ Luiz Henrique Mandetta é Médico Ortopedista, filiado ao DEM, foi confirmado como Ministro da Saúde ainda em novembro de 2018; sua indicação e integração ao Governo Bolsonaro foi apoiada por entidades conservadoras da área médica, operadoras de Planos de Saúde e megainvestidores que não estão medindo esforços para romper com os princípios constitucionais do SUS.

²⁴ A destruição do SUS na gestão de Bolsonaro segue de forma abissal. Como já abordado anteriormente, o ministro interino – Pazuelo, militar sem nenhum acúmulo curricular na área de saúde, foi confirmado como Ministro da Saúde desde - 16/09/2020.

²⁵ Aprofundaremos essa discussão trazida por Avritzer (2020), no decorrer do trabalho.

²⁶ Desrespeitando inclusive a lei 8.142 do Controle Social e organizando uma privatização nunca antes vista de forma bastante contundente e autoritária.

²⁷ Armínio Fraga, economista, Ex Presidente do Banco Central do Brasil no período de 1999 a 2003, período esse onde Fernando Henrique Cardoso era Presidente da República, é um dos mais reconhecidos financistas do país e há tempos tem se dedicado ao Tema da Saúde. Participou da Conferência “Saúde e Medicina: uma visão econômica e social”, em 04/07/2019 num dos auditórios do Hospital Clementino Fraga Filho.

importantes debates sobre os rumos da saúde, se dizendo “preparado” para contribuir; afinal é o sócio fundador da Gávea Investimentos²⁸ que, em 2018, criou o Instituto de Políticas Públicas para a Saúde Pública.

Os ideais de privatizar o SUS seguem e estão se tornando ações concretas no Governo de Bolsonaro, mesmo com o país aumentando o número de óbitos provocados pela Pandemia do Coronavírus, a cada dia. Em março, através do Decreto 10. 283, o governo criou a ADAPS – uma entidade do Terceiro Setor, denominada de Serviço Social Autônomo (SSA), um ente privado e não estatal (apesar de criada pelo governo) com natureza jurídica próxima a outras experiências com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), só que agora numa dimensão nacional, que irá usurpar atribuições antes da alçada da União, estados e municípios em relação ao ordenamento e funcionamento de serviços de atenção primária à saúde do país, que induz e favorece uma maior precariedade no âmbito da organização do SUS, e mais especificamente da APS. Para complementar o desmonte, o Presidente da República instituiu o Decreto 10.530, em 26/10/2020, onde prepara a privatização do Sistema Público de Saúde. Com o discurso de “parcerias com a iniciativa privada”, ele ensaia retirar do texto constitucional a obrigatoriedade de garantir o financiamento, como podemos ver no artigo 1º do referido decreto:

Art. 1º Fica qualificada, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República – PPI, a política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Este decreto precisou ser revogado já no dia seguinte (28/10/2020), devido a uma forte pressão dos movimentos sociais organizados e do Conselho Nacional de Saúde e ser alvo de críticas por parte de vários parlamentares e da mídia. Diante da

²⁸ Fundou a Gávea Investimentos em 2003, logo após sair da Presidência do Banco Central. Em 2010 o Banco JP Morgan comprou, por meio de seu fundo Highbridge, o controle da gestora Gávea. Os “negócios” da Gávea Investimentos pertencem ao obscuro mercado financeiro em que tudo pode mudar em minutos, são tão obscuros que já foi investigado até mesmo pelo FBI. Em 2015, depois que o JP Morgan conseguiu “acelerar o crescimento do banco” num mercado volátil, o Armínio Fraga decidiu recomprar o controle da Gávea e em 2018 decidiu criar um novo negócio o “Instituto de Políticas Públicas para a Saúde Pública”.

repercussão negativa, Bolsonaro recuou, porém ainda não desistiu de passar para o Ministério da Economia, comandado por Paulo Guedes, atribuições que pertencem ao Ministério da Saúde.

Não se pode permitir que o financiamento da APS seja conduzido fora da alçada do SUS; é preciso sim fortalecer as pactuações tripartites entre as diferentes instâncias dos três entes de governo (Governo Federal, Estado e Municípios) que já possuem instâncias de pactuação intergestores, como as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), além das instâncias participativas dos conselhos deliberativos de saúde e dos movimentos sociais organizados para que se politize e se delibere sobre a nulidade da EC-95/2016²⁹, aprovada no governo do golpista Temer, que está colocando em risco os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Só pelo caminho apontado acima, de respeito aos ganhos juridicamente conquistados com a Constituição de 1988 e pelas comissões tripartites, que se pode reverter os efeitos danosos do “subfinanciamento” histórico da saúde. É nesta direção que diversos autores questionam os limites de se concretizar os ideais da Reforma Sanitária³⁰, num momento em que a propositiva neoliberal vem alargando a mercantilização dos serviços e gerando incertezas no que tange à consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Como destaca Bravo (2007), o SUS real está bem distante do SUS constitucional, sendo que uma das questões para tal problemática diz respeito ao “subfinanciamento” da política pública de saúde. A chamada crise de financiamento do SUS resvalou em todo o sistema público de assistência à saúde, forjando, sobretudo a partir de 1990, a tão falada “crise do sistema de saúde”. Crise esta que está associada a uma “política governamental” que fomenta o “subfinanciamento” da saúde pública brasileira, seguindo os parâmetros neoliberais indicados pelas agências internacionais, tais como: Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

²⁹ Emenda Constitucional aprovada em 2016 que fere o direito à saúde, garantido na Constituição de 1988, uma vez que congela os investimentos e imobiliza o piso da saúde por 20 anos.

³⁰ O Movimento de Reforma Sanitária surgiu nos anos de 1970 e teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi decisiva para os progressos formalizados na Constituição de 1988. Assim, o SUS se constituiu com base nos princípios de universalidade, acesso gratuito, integralidade, participação da comunidade, descentralização organizativa e divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.

Portanto, essa “crise” não pode ser remetida a uma mera falta de habilidade do setor público para gerir recursos públicos; é preciso destacar que são estas agências internacionais do capital que propõem que o Estado seja o ente que repasse recursos públicos para que as entidades não estatais, ou seja, privadas, para executar as ações e serviços de saúde, via contratos de gestão.

Importante sinalizar que a saúde, ao lado da assistência social e da previdência social, formou o conceito de seguridade social inscrito na Constituição de 1988 (Brasil, 1988). Mas, no que concerne à política de saúde, ela vem sendo ofertada pelo Estado de modo focalizado e fragmentado; como afirma Ócke-Reis (2010), a política de saúde nunca se efetivou na realidade, pois a universalização, enquanto um dos princípios do SUS, nunca se deu de forma plena.

Nesse contexto, pensando a realidade carioca, é relevante apontar que a implementação do SISREG não está caminhando em consonância com uma reorganização da atenção primária de saúde capaz de organizar e integrar as redes de atenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. No concreto, o que temos é uma reorganização da atenção primária carioca pautada no desmonte dos serviços e na demissão em massa dos seus trabalhadores.

Em 2018, a SMS/RJ elaborou um documento intitulado: “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos”³¹, documento este que, justificando o desmonte da RAS no Rio de Janeiro, foi criado com um discurso de que iria qualificar e otimizar os serviços de saúde. Porém, de acordo com Melo (2019), o que ocorreu foi:

- A extinção de 184 Equipes de Saúde da Família e 55 equipes de Saúde Bucal; cerca de 1400 postos de trabalho;
- Proposta de nova tipologia de equipes, aproveitando os retrocessos da PNAB/2017, com frágil composição profissional e um número maior de usuários referenciados a cada equipe.

Com estas mudanças, instalou-se uma crise sem precedentes na área de Saúde do Rio de Janeiro, sendo importante apontarmos que tais arranjos/retrocessos estão

³¹ Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. SMS-RJ/SUBPAV.

amparados na PNAB/2017 e “numa combinação de elementos locais e nacionais”. Segundo Melo (2019), estão amparados em crise econômica, crise do SUS e avanço do gerencialismo, colocando essa crise num cenário singular e conectada com elementos de outros âmbitos e lugares.

No nosso estudo, é possível observar um novo reordenamento da APS, já a partir de 2017³², que resultou, diretamente, na piora da regulação via SISREG. Ou seja, com o desmonte da APS que havia sido ampliada pela via privatista na gestão anterior, foi possível confirmar, através dos dados coletados no site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, *o gritante aumento da fila virtual do SISREG*.

Assim, a preocupação apontada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre a necessidade de se diminuir a fila da regulação em 2016, na época, com mais de 130 mil pessoas aguardando na fila, para a realização de algum procedimento³³, só piorou. Num levantamento em 2017, eram cerca de 140 mil pessoas na fila virtual do SISREG, esperando a oportunidade de realizar alguma consulta com especialista e/ou procedimento na rede pública de saúde. Momento esse em que a Secretaria Municipal de Saúde era pressionada por várias instâncias³⁴ a criar estratégias para abrir vagas e acelerar a realização de procedimentos com maior demanda. Esses números extremamente altos na fila de espera e que mudam diariamente, já que neles estão contidos todos os cidadãos que aguardam por alguma regulação na rede de saúde carioca, demonstram que é necessário entender o que está acontecendo no SISREG. Tantas pessoas aguardando na fila virtual demonstra contradição com o que vem sendo traçado nos planos municipais de saúde da cidade do Rio de Janeiro e o que vem sendo de fato implementado.

A preocupação manifestada, mas não realizada, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro era a de qualificar o modelo assistencial à saúde e garantir o acesso à rede de atenção com regulação adequada e transparente, em conformidade com as diretrizes presentes no plano municipal de saúde 2018-2021. Mas dados presentes em relatórios de gestão³⁵ consultado demonstram que a

³² Que foi detalhado no documento citado acima “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos”.

³³ Fonte: Documento 100 dias de Gestão. Consulta online em 08/02/2019.

³⁴ Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro TCMRJ; Ministério Público; notícias veiculadas na imprensa sobre o não acesso da população ao SISREG; Movimentos e Conselho de Saúde (distritais, municipal e estadual), dentre outras instâncias

³⁵ Pesquisa no site www.rio.rj.gov.br/web em 04/02/2019.

demanda por consultas e exames na rede municipal aumentou consideravelmente: entre janeiro de 2016, a janeiro de 2017, subiu de 125.780 solicitações para 147.635. A justificativa que apresenta a Prefeitura é que esse aumento tem relação com a ampliação da Rede de Atenção Primária, dando mais acesso aos serviços de saúde e outra razão deve-se a crise da rede estadual de saúde que suprimiu a oferta de serviços nos níveis mais complexos.

Mas esta análise é mais complexa e tem relação direta com o não investimento na área de saúde que, no Rio de Janeiro, vem acontecendo nas três esferas: existe uma redução drástica e progressiva no que tange à oferta de investimentos com recursos públicos, por parte do governo federal e estadual, que, em contraposição, optam nos investimentos através de emendas parlamentares. Como consequência dessa indefinição orçamentária, não se investe na ampliação de vagas para atendimento da população nos níveis de complexidade secundário e terciário.

Veremos no decorrer desse estudo que o SISREG no município do Rio de Janeiro, após diferentes configurações, passou a disponibilizar as vagas de procedimentos especializados através da plataforma web SISREG, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (através do DATASUS) não vem dando conta de ofertar à população o acesso à rede de atenção com regulação adequada e transparente.

Como elementos fundamentais desse estudo podemos citar: o referencial bibliográfico sobre a temática, a pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e explicativa, onde pesquisamos para análise teórica do fenômeno, os dados quantitativos referentes à execução do SISREG, entre os anos de 2012 e 2018, no município do Rio de Janeiro. No que se refere à pesquisa documental, utilizamos dados públicos: Relatórios de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde e dados presentes no Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde – SISREGIII.

A realização desse trabalho busca cumprir uma das exigências do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) para obtenção do título de Mestre. Esperamos que o conteúdo abordado possa contribuir com outros estudos acerca da temática abordada e, sobretudo, possa agregar informações e dados sobre o SISREG

na cidade do Rio de Janeiro, como forma de potencializar a melhoria do sistema em consonância com os princípios do SUS.

Importa destacar que a realização deste estudo nos trouxe um imenso exercício de reflexão acerca do fenômeno em análise, o que, sem dúvida, aprimora nosso rigor, crítica e compreensão teórico-metodológicos, qualificando e muito nossa intervenção profissional frente às políticas públicas. Destacamos ainda, que, essa dissertação é apenas o início de uma análise complexa e que não pretendeu esgotar a questão, fato que se comprova diante dos grandes questionamentos que resultaram desse estudo inicial.

Essa dissertação está organizada em dois capítulos, conforme a ordem da reflexão que apresentamos nessa introdução. O primeiro capítulo tem como propósito situar a constituição das políticas sociais no capitalismo monopolista e realizar um breve resgate histórico da Política de Saúde no Brasil e sua efetivação enquanto política pública, a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Também abordamos a contrarreforma do estado no Brasil, destacando a implementação do SUS numa constante correlação de forças entre os projetos da Reforma Sanitária versus o a privatização do SUS. Abordamos ainda a Regulação em saúde e seus dilemas em tempos de privatização do SUS.

No segundo capítulo abordamos, especificamente, a reorganização da saúde no município do Rio de Janeiro. Para fundamentar nossa análise sobre o SISREG, fazemos uma breve discussão teórica sobre a Atenção Primária de Saúde (APS) e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), centrando a discussão no contexto de reorganização da Atenção Primária de saúde no Rio de Janeiro, suas particularidades e a opção pela ampliação do acesso pela via privatizante. A partir da apresentação do caminho metodológico da pesquisa e todas as dificuldades que enfrentamos no processo, em seguida apresentamos o SISREG como porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro, centrando nossa análise na regulação em saúde que vem sendo efetivada, com uma breve descrição do processo de operacionalização do SISREG na porta de entrada do SUS e seus dilemas para implantação na cidade do Rio de Janeiro. Buscamos estabelecer elos com a fundamentação teórica para apontarmos os limites e possibilidades do SISREG no Rio de Janeiro. Para finalizar esse capítulo, problematizamos a importância dos assistentes sociais se apropriarem desse debate.

Por fim, as considerações finais, com a certeza de que as dúvidas, os questionamentos e as reflexões sobre o fenômeno nos motivarão para a continuidade da pesquisa em um futuro próximo; afinal a realização desse estudo é a concretude de que vale a pena enfrentarmos os desafios.

1. CAPITALISMO, POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo tem como requisito central a problematização do capitalismo monopolista que gerou mudanças e uma crise mundializada que impactaram de forma regressiva os direitos sociais.

Após situar as políticas sociais no capitalismo monopolista, será abordada a saúde e sua constituição enquanto política pública no Brasil, tendo o SUS como demarcação fundamental para a constituição de um sistema universal e gratuito, que modifica historicamente a assistência à saúde no Brasil.

Na reflexão sobre a contrarreforma do estado no Brasil, destacamos a implementação do SUS numa constante correlação de forças entre os projetos da Reforma Sanitária versus o a privatização do SUS. Abordaremos ainda a Regulação em saúde e seus dilemas em tempos de privatização do SUS. O aporte teórico presente nesse primeiro capítulo é imprescindível para estudar o SISREG. Como um dos mecanismos da regulação, será preciso localizá-la no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando sua importância para a efetivação dos princípios constitucionais e, também, demarcando limites na sua implementação em tempos de contrarreformas.

1.1. A Constituição das políticas sociais no capitalismo monopolista

Conforme as análises de Netto (2001), as políticas sociais surgem no mundo capitalista, a partir do último quartel do século XIX, como estratégia de intervenção contínua, sistemática e estruturada do Estado na área social, consequência da refuncionalização sofrida pelo Estado para dar respostas à fase monopólica do capitalismo.

Seguindo nas análises de Netto (2001) importa destacar que a fase conhecida como “capitalismo monopolista” foi reconhecido por ser uma etapa do capitalismo onde ocorreu a tendência à monopolização dos mercados para obtenção de superlucros. Cartéis, oligopólios, trustes e “acordos de cavalheiros” passaram a ser as principais táticas dos capitalistas para forçarem a elevação de preços e a reduzirem os processos de concorrência, tendo como consequência o aumento dos superlucros. Além dessa

tática, o período foi marcado, também, pelo aumento da produtividade advindo das inovações tecnológicas, tanto em relação à maquinaria, quanto em relação à organização do trabalho.

Essa ordem econômico-produtiva gerou em médio prazo uma grave crise socioeconômica, gerada pela combinação de desemprego, devido à economia de “trabalho vivo”, alta produção de bens, advindos da introdução de novas tecnologias e queda da taxa média de lucros. Importante mencionar, nesse contexto, que tudo transcorreu num momento em que a classe trabalhadora já possuía um razoável patamar de organização, ocasionando grandes lutas sociais com o objetivo de superar os limites do capital, além de ser central a perspectiva de atendimento das demandas dos trabalhadores.

Foi nesse contexto que ocorreu a refuncionalização do estado, que a partir daquele momento, passou a assumir funções na área econômica – com investimentos em infraestrutura e subsidiando o setor produtivo, e, também, na área social – através das políticas sociais. Mas cabe apontar que o formato das políticas sociais que passarão a ser implementadas dependerá diretamente da correlação de forças sociais e luta de classes existentes em cada sociedade em determinado contexto histórico. Desta forma, o nível de organização da classe trabalhadora, mediada pelo grau de desenvolvimento societal de cada país, influenciará, demasiadamente, na constituição das políticas sociais e na configuração estatal que será organizado nas diversas nações.

Nas palavras de Netto (2001),

o capitalismo monopolista pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições tais que o Estado por ele capturado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, é permeável a demandas das classes subalternas, que podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações imediatas. E que este processo é todo ele tensionado, não só pelas exigências da ordem monopólica, mas pelos conflitos que esta faz dimanar em escala societária (NETTO, 1992, p.29).

Portanto, seguindo na análise de Netto (2001), no marco do capitalismo monopolista, as políticas sociais, a partir de seu objetivo primeiro de garantir a reprodução da força de trabalho, atuam em determinadas expressões da questão social como forma de construir uma base ampliada de legitimidade e consenso social, passam

a atender demandas e necessidades concretas da classe trabalhadora. Apesar disso, elas encontram-se intimamente relacionadas às políticas econômicas como estratégia de intervenção do Estado, pretendendo a realização da lógica monopólica de maximização dos lucros pelo controle dos mercados.

O que o referido autor explicita em sua análise é que a forma e o conteúdo das políticas econômicas e sociais, em consequência, dependerão dos processos de lutas sociais concretas que produzirão a configuração do Estado interventor e sua política social, num determinado contexto sócio histórico.

Desta forma, se por um lado o Estado interventor e a política social se apresentam como funcionais ao capital, por outro lado, elas também contribuem com os interesses da classe trabalhadora. É o movimento contraditório que contrabalança o limite e a possibilidade da ação política junto ao Estado. Importa reconhecer que o estado, em sua dimensão de gestor de políticas sociais, não se configura como o centro das lutas para uma nova ordem societária, no entanto, é um espaço imprescindível para acumulação de conquistas da classe trabalhadora, através da ampliação e aprofundamento dos direitos. Nesse sentido, para refletir sobre a gestão de políticas sociais, é necessário ter clareza dessa relação de limite e possibilidade estrutural.

Outro ângulo que expressa o limite e a possibilidade da intervenção junto à política social refere-se à sua relação com a política econômica, que para um enfrentamento das expressões da “questão social” que possa atender de forma ampliada os interesses dos trabalhadores, exigiria uma política econômica que trilhasse o mesmo caminho. Portanto, uma política econômica que gera desigualdades sociais, que não reforça o enfrentamento das injustiças sociais, deixa clara a impossibilidade de concretização de políticas sociais voltadas para os interesses da classe trabalhadora.

Nesse sentido, por mais que as políticas sociais públicas tenham sido orientadas para a efetivação de objetivos democráticos, elas possuem um limite e não viabilizarão um enfrentamento mais amplo das expressões da “questão social”. O que precisa ficar claro é que a política social como instrumento de materialização dos direitos sociais assume um caráter estratégico na luta social e política para ampliação da cidadania e,consequentemente, num movimento que, por um lado, de modo mediato, fortalece a luta anticapitalista e, por outro, favorece o atendimento imediato de necessidades

individuais e coletivas da classe trabalhadora.

Verifica-se também nesta fase a manutenção e acentuação das contradições elementares do modo de produção capitalista, que passa a introduzir novas tensões na dinâmica econômica. São elas:

- uma que diz respeito à expansão e ampliação da produção, apenas com a garantia da realização (venda) das suas mercadorias;
- e outra que tem haver com a questão da inovação tecnológica que se mostra mais demorada neste estágio.

Esse estágio do capitalismo também denominado de imperialismo passou por grandes transformações, podendo ser distinguido por três fases, conforme aponta Mandel (1990):

- **A fase “clássica” - que se estende de 1890 a 1940;**
- **A fase dos “anos dourados” – que vai do fim da Segunda Guerra Mundial até início dos anos de 1970;**
- **A fase do capitalismo contemporâneo – que inicia em meados dos anos de 1970 e se estende até os dias atuais.**

A fase “clássica” - que se estende de 1890 a 1940:

Foi um momento em que se sofreram os reatamentos da crise de 1929, marcado pelo predomínio do liberalismo, onde o trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado era seu principal sustentáculo. Havia reduzida intervenção estatal na forma de políticas sociais, dado à própria essência do liberalismo. Segundo Behring e Boschetti (2007), estão presentes o predomínio do individualismo; a ideia de que o bem-estar individual amplia o bem-estar coletivo; o predomínio da liberdade e da competitividade; a naturalização da miséria; o predomínio da lei da necessidade; a manutenção de uma concepção de Estado mínimo; a falácia de que as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício e a disseminação de que a política social deve ser um paliativo.

Desta forma, a intervenção do Estado na “questão social” durante este período concentrou-se na incorporação de algumas demandas da classe trabalhadora e as respostas vinham, sobretudo, de forma repressiva. As iniciativas de políticas sociais se organizaram de forma gradual e diferenciada nos diversos países. A origem do

chamado Welfare State tem relação intrínseca com a luta da classe trabalhadora e de alguns elementos incorporados decorrentes desta luta, como, por exemplo, a lógica do seguro social na Alemanha, a partir de 1883, que desencadeou em outros países europeus um sistema estatal de compensação de renda para os trabalhadores na forma de seguros.

Foi a partir desse contexto, que ocorreu o crescimento do movimento operário, tendo como marco a vitória socialista na Rússia em 1917, e o próprio processo de concentração e monopolização do capital foram fatores primordiais para derrubar a utopia liberal e configurar uma atitude defensiva do capital no segundo pós-guerra. Momento em que as políticas sociais se generalizaram e se expandiram com o intuito de amortecer a crise de 1929.

A fase dos “anos dourados” – que vai do fim da Segunda Guerra Mundial até início dos anos de 1970:

Na fase conhecida como “anos dourados”, de acordo com Mandel (1985), os períodos cíclicos de prosperidade são mais longos e intensos, e as crises cíclicas são mais curtas e superficiais. As taxas de crescimento mostraram-se muito significativas e os impactos das crises cíclicas foram menores, em razão da regulação posta pela intervenção do Estado, em geral, sob a inspiração das ideias de Keynes, que rompeu parcialmente com os princípios do liberalismo clássico.

Tais saídas foram idealizadas pela intervenção do Estado que restabeleceu o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos nos períodos de depressão e garantiu um programa fundado no pleno emprego e maior igualdade social com o incremento das políticas sociais.

A economia do imperialismo gerou mudanças importantes, tais como: a exportação de capitais com maior fluxo dos capitais imperialistas em torno dos próprios países imperialistas e mudança quanto à organização do trabalho industrial: o chamado taylorismo-fordismo como padrão para toda a produção industrial (produção em massa de mercadorias, a partir de uma produção mais homogeneizada e enormemente verticalizada, reduzindo o tempo e aumentando o ritmo de trabalho).

Ocorreu um pacto entre o keynesianismo e o novo padrão de produção, que se configurou numa forma de regulação das relações sociais. Dentro desta nova ordem,

fez-se necessário um Estado interventor para gerir tal contradição. Ou seja, que precisava ir além de um Estado “guardião noturno”. Tratava-se da constituição de um Estado, no imediato pós-guerra, que conjugou a universalização do taylorismo-fordismo com as ideias keynesianas e que ainda garantia de forma direta e contínua na dinâmica econômica os superlucros dos monopólios.

Apesar do período (“anos dourados”) do capitalismo ser reconhecido como um período de ampliação das políticas sociais, este estágio tornou-se um breve episódio no desenvolvimento do modo de produção capitalista. O crescimento econômico aliado à lógica de redistribuição foi marcado pelo pacto entre keynesianismo e taylorismo-fordismo como resposta para controlar as crises e resolver os conflitos à base do consenso.

Esta idealização encontrava justificativa nas linhas traçadas de convivência política e econômica para o mundo, após um período de derrota do fascismo e de destruições trazidas pela Segunda Guerra Mundial, onde novas instituições foram envolvidas no plano da política e da economia: a Organização das Nações Unidas (ONU), O Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Mas já no início dos anos de 1970, o capitalismo entrou em crise; ocorreu o avanço do processo de uma revolução tecnológica permanente, que ampliou o exército industrial de reserva, configurando um desemprego estrutural e sem volta, além de colocar em retrocesso as conquistas sociais alcançadas no segundo pós-guerra.

Neste seguimento, ocorreu um forte desenvolvimento das forças produtivas em contradição cada vez mais intensa com as relações de produção que colocavam novas condições para a política econômica e para as políticas sociais, gerando, conseqüentemente, a partir dos anos de 1970, um período de recessão ocasionado pelo processo de internacionalização do capital que se colocou como um dificultador da eficácia e eficiência das medidas anticíclicas.

A fase do capitalismo contemporâneo – que inicia em meados dos de 1970 e se estende até os dias atuais:

Nessa terceira fase do estágio capitalista – o capitalismo contemporâneo, nas palavras de Harvey (2005) é conhecido como novo imperialismo, devido as alterações experimentadas pela economia neste período. É a partir desse momento que a onda

longa expansiva esgotou-se, a taxa de lucro passou a ter declínios constantes, o crescimento econômico se reduziu e a pressão organizada dos trabalhadores aumentou ao contestar a organização de produção taylorista-fordista. Ocorreu, entre 1974 e 1975, a primeira recessão generalizada após a II Guerra Mundial, atingindo, pela primeira vez, todas as grandes potências imperialistas. Foi o momento em que se colocou fim aos “anos dourados” do capitalismo monopolista, iniciando uma onda longa recessiva, cujas crises voltaram a ser dominantes e permanentes.

Para Mandel (1990), as crises econômicas capitalistas são causadas pela superacumulação de capitais acompanhada de uma superprodução de mercadorias; o subconsumo das massas; a anarquia da produção e a desproporcionalidade entre os diferentes ramos da produção, inerentes à propriedade privada e à economia mercantil generalizada; e a queda da taxa de lucros.

Para compreender “o encadeamento real entre a queda da taxa de lucro, a crise de superprodução e o desencadeamento da crise” (MANDEL, 1990, p.211), deve-se diferenciar os fenômenos de aparecimento da crise, seus detonadores, sua causa mais profunda e sua função no quadro da lógica imanente do modo de produção capitalista. Essa crise do capitalismo monopolista relacionada aos desdobramentos da recessão generalizada de meados dos anos de 1970 e, posteriormente, nos anos de 1980-1982, deve ser entendida como o ponto de confluência de cinco crises de tipo diferente. Segundo Mandel (1990) ocorreu uma crise clássica de superprodução, onde a combinação dessa crise clássica com a mudança brusca e violenta da “onda longa” que, desde o fim dos anos 60, cessou de mover-se em sentido expansivo, traz uma nova fase da crise do sistema imperialista - uma crise social e política agravada nos países imperialistas. Por sua vez, a conjunção dessas quatro crises com a profunda crise estrutural da sociedade burguesa intensificou a crise de todas as relações sociais burguesas, mais particularmente, a crise das relações de produção capitalista.

Harvey (2005) ressaltou que essas são crises tipicamente registradas como excedentes de capital, tanto em termos de mercadoria, moeda e capacidade produtiva, como em excedentes de força de trabalho, sem que ocorra uma forma de conjugá-los de forma lucrativa e com o objetivo de realizar tarefas socialmente úteis. Fica assim a lógica capitalista do imperialismo que busca “ordenações espaço-temporais” para o

problema do capital excedente. Ocorre sempre um ininterrupto impulso de redução de barreiras espaciais associado a outro impulso de mesmo esforço de aceleração da taxa de giro do capital.

Segundo o citado autor, a redução do custo e do tempo passou a ser uma necessidade fundamental do modo de produção capitalista na fase do imperialismo. A tendência à mundialização é inerente a esse esforço e a transformação da paisagem geográfica da ação capitalista tem sido coagida “sem remorsos, etapa após etapa de compressão do espaço-tempo” (HARVEY, 2005, p.86).

Perante essa inversão, durante o período referido, somado às “ordenações espaço-temporais”, o imperialismo formulou e programou uma estratégia articulada sobre um tripé composto pela reestruturação produtiva, financeirização e ideologia neoliberal que não modificaram o perfil da onda longa recessiva, mas que garantiram que as taxas de lucro fossem recuperadas.

A partir da recessão generalizada, foi dado o primeiro passo frente a esta nova estratégia política, a de confrontar o movimento sindical para, posteriormente, alterar os circuitos produtivos, esgotando-se a modalidade de acumulação rígida e adotando-se a modalidade de acumulação flexível.

Nessa investida, foram necessárias três condições que estão relacionadas com a relação entre capital e trabalho:

- o crescimento do capitalismo em direção à acumulação;
- o apoio na exploração do trabalho vivo em virtude da capacidade de criação de mais-valia;
- e a dinâmica do capitalismo no aspecto organizacional e técnico a fim de maximizar os lucros.

Ainda na reflexão de Harvey (1993), a “acumulação flexível” se firma na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho dos produtos e padrões de consumo. Evidencia-se pelo surgimento de setores de produção totalmente novos, com novas formas de oferta dos serviços financeiros, com novos mercados e, sobretudo, com taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

Entra em cena a reestruturação produtiva à base dessa flexibilidade,

incorporando- se de forma intensiva tecnologias resultantes de avanços técnico-científicos que reduz drasticamente a demanda de trabalho vivo pelo desenvolvimento das forças produtivas, deslocando-se dos suportes eletromecânicos para os eletroeletrônicos. Somado a isso, tem-se, também, a produção direcionada a atender variabilidades culturais e regionais, onde o capital promove a desterritorialização da produção.

Foi nesse contexto que a lógica do “pleno emprego” (bastante comum na fase dos “anos dourados”) foi substituída por contratos precários de emprego sem garantias sociais; tendo início a adoção de empregos em tempo parcial, informal e terceirizado, com consequência direta na redução salarial. Estas transformações do movimento do capital atingiram diretamente os trabalhadores.

Segundo Netto e Braz (2006), essa crise de longa duração, com precarização do emprego, “flexibilização” e “desregulamentação” das relações de trabalho, gerou um aumento continuado das taxas de desemprego, onde esse desemprego maciço desencadeou uma grave crise no movimento sindical, impactando fortemente os trabalhadores, com agravamento da “questão social”, que seguia sendo naturalizada e criminalizada. Ocorria, ainda, o caráter antidemocrático e autoritário nas instâncias governamentais que eram compostas por “elites orgânicas” do grande capital, por meio da defesa de seus lobbies, com decisões desconhecidas da população. Estas “elites orgânicas”, a partir da década de 1970, passaram a conduzir a política através de instituições que tinham caráter supranacional; dentre as principais, está o FMI; o BM e a ONU. Estas organizações internacionais eram e são instrumentalizadas pelo grande capital e têm grande influência nas orientações macroeconômicas e na criação de programas sociais.

Outra característica do período, que confronta a relação capital/trabalho, é a privatização que retira do controle do Estado empresas e serviços; a estruturação de grupos econômicos supranacionais que dominaram em bloco os espaços geoeconômicos; o domínio do capital fictício e o processo de financeirização do capital.

Mota (1995) afirma que para garantir a grande estratégia do capital, fomentou-se e patrocinou-se a divulgação constante do conjunto ideológico que se espalhou sob a designação de ideário neoliberal. Associado a essas mudanças oriundas do processo de reestruturação produtiva, organizou-se uma base material

para difundir uma cultura política de nova ordem que exigiu a desqualificação do significado histórico dos projetos de democratização do capital e da socialização da riqueza socialmente produzida.

Na análise da autora, a cultura da crise tornou-se um movimento mundial e adquiriu traços particulares em cada país, dependente do seu modo e da sua forma de inserção no capitalismo mundial, o que encontrou terreno fértil e viabilizou a reestruturação da hegemonia do capital. Foi mediante a disseminação de uma cultura da crise que a intervenção social do Estado, sob a direção da burguesia internacional, balizou e suprimiu direitos sociais.

Segundo Netto e Braz (2006), essa ideologia legitimou precisamente o projeto do capital monopolista de ruir com as restrições sociopolíticas que limitavam a liberdade de economia. O primeiro passo foi constituído pela intervenção do estado na economia, quando os neoliberais passaram a demonizar o Estado e o apresentar como um “trambolho anacrônico” que deveria ser modificado. Foi a primeira vez na história do capitalismo que a palavra reforma perdeu seu significado tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir da década de 1980 do século passado, sob o título de reforma, o que vem ocorrendo é um gigantesco processo de contrarreformas, com supressão e/ou redução de direitos e garantias sociais (NETTO e BRAZ, 2006, p.227).

Foi com essas mudanças no mundo do trabalho e com as mudanças na intervenção do Estado que ocorreu um novo quadro para a seguridade social. Seguindo com o objetivo de diminuir as funções estatais coesivas, que respondem à satisfação de direitos sociais, o capitalismo monopolista avançou no sentido de diminuir, extinguir, mutilar e privatizar os sistemas de seguridade social. Sob o influxo das ideias neoliberais, a tendência que se concretizou foi a de privatização dos programas de previdência e saúde e, na contramão, ampliaram-se os programas assistenciais.

Trata-se, portanto, de assinalar um fenômeno de regressão social, resultante da ofensiva do capital sobre o trabalho, que deve ser analisado de acordo com a particularidade de cada país, quando, também, tem que se levar em conta as especificidades de cada política social.

Nos próximos tópicos, será prioridade demarcar e recuperar a trajetória da política de saúde, relacionando-a com a lógica econômica, política e social que

determina a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), como assegurado na Constituição Federal de 1988.

1.2. Saúde e sua constituição enquanto política pública no Brasil

Entende-se como fundamental demarcar a perspectiva de Saúde ampliada dentro de um contexto sócio histórico de mudanças, pois antes do movimento da Reforma Sanitária, pensar saúde era apenas pensar na ausência de doenças; ou seja, a análise dava-se numa perspectiva reducionista que, ainda hoje, se encontra presente no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil. Neste contexto, a abordagem do sistema de regulação do sistema de saúde requer recuperar inicialmente a trajetória da política de saúde no Brasil.

Conforme abordado no item anterior e como aponta Vieira (1992), não se pode analisar a política social desvinculada do desenvolvimento econômico, decorrente da dinâmica capitalista. O contrário também é considerado pelo autor: não se pode examinar a política econômica sem se deter na política social. Nesse sentido, a política social só pode ser compreendida no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessas mesmas estruturas. São pontuações que se encaminham para as elucidações de Netto (2001):

Substantivamente, o giro que a organização monopólica da sociedade burguesa conferiu ao enfrentamento das refrações da “questão social” deriva da contínua, sistemática e estratégica intervenção estatal sobre elas. Esta inflexão implicou de fato no redimensionamento do Estado burguês [...] joga agora uma função coesiva central; dito em poucas palavras, ampliou-se e tornou-se mais complexa a estrutura e o significado da ação estatal, incorporando-se os desdobramentos do caráter público daquelas refrações: as sequelas da ordem burguesa passaram a ser tomadas como áreas e campos que legitimamente reclamavam e mereciam a intervenção da instância política que, formal e explicitamente, mostrava-se como expressão e manifestação da coletividade. No movimento que determinou este giro, confluíram quer as exigências econômico-sociais próprias da idade do monopólio, quer o protagonismo político das camadas trabalhadoras, especialmente o processo de lutas e de auto-organização da classe operária [...] (NETTO, 2001, p. 34-35).

Desta forma, a constituição do sistema de proteção social brasileiro direcionou-se para prover atenção aos grupos de assalariados inseridos em setores vitais para a economia, reforçando a lógica da não universalização. Não se pode negar que a

constituição do sistema de proteção social, no Brasil, foi também fruto da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida.

A organização dos serviços de saúde no Brasil, desde a segunda década do século XX, apresentava traços de privatização, quando foram credenciados serviços médicos privados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Segundo Mendes (1994), nos anos de 1920, a assistência médica era atribuição central e obrigatória das CAP's. Data dessa época, além das raízes da privatização da assistência médica no Brasil, o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social. Reiterando, elegeram-se como população alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico.

De acordo com Soares (2000), o período de 1930–1943 pode ser identificado como marco introdutório para o desenvolvimento da ação social do Estado brasileiro, período caracterizado por mudanças dirigidas por um regime autoritário; mudanças que se expressaram através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e a organização da legislação trabalhista.

Segundo Fleury (2009) já a partir dos anos de 1930, no atendimento à saúde, ocorria o predomínio dos modelos de seguro assistencial e social. No modelo de seguro assistencial havia o direcionamento ao atendimento das pessoas sem inserção formal no mercado de trabalho e de baixa renda, realizavam estritamente ações de cunho emergencial, com fortes traços da “perspectiva caritativa e reeducadora”, não havia nessas ações a perspectiva de direito social.

Já no modelo de seguro social, a proteção social possuía relação direta com a inserção no mercado de trabalho. Foi um período também chamado de previdencialista, uma vez que o direito de atendimento à saúde estava vinculado à contribuição previdenciária. Tais benefícios variavam de acordo com a contribuição de cada categoria profissional, o que era restrito e a concepção de direito social estava condicionada à inserção de cada cidadão³⁶ ao mercado de trabalho.

Entre 1945 e 1964, ampliou-se o sistema de proteção social, sendo incorporados novos grupos sociais. Entre 1964 e meados da década de 1970, ocorreu uma grande transformação do arcabouço institucional e financeiro da política social e os princípios

³⁶ Essa concepção de cidadão pode ser explicada na análise de Wanderley Guilherme dos Santos (1987) sobre a concepção de “cidadania regulada”.

que orientaram estas transformações, foram: a centralização político-financeira no nível federal; a fragmentação institucional; a exclusão da participação social e a política nos processos decisórios; o autofinanciamento do investimento social e a privatização.

A reflexão apontada acima contribui para a reflexão sobre as políticas sociais brasileiras que se caracterizam no contexto pós 1964, marcadas pela expansão seletiva de alguns programas sociais; pelo favorecimento do setor privado, principalmente nas áreas de saúde, previdência, habitação e educação; pela não participação dos trabalhadores e beneficiários no controle existente. De acordo com Mota (1995), este período foi marcado pela funcionalização das políticas sociais, subordinando-as a um projeto de modernização conservadora³⁷.

Caracterizou-se nesse momento um processo de mudança de reconfiguração no papel do Estado capitalista onde foi enfatizada uma nova ordenação entre o Estado capitalista brasileiro e o conjunto das classes sociais que se uniram para a consolidação de um bloco dirigente orgânico ao desenvolvimento capitalista, centrado na associação entre o capital monopolista internacional, o grande capital nacional e o capital estatal. O projeto de “modernização conservadora” só teve êxito devido à ditadura militar que se instalou no Brasil em 1964, os graves problemas estruturais do país não foram solucionados, e sim muito mais aprofundados. Segundo Netto (1991) a ditadura militar brasileira se inscreveu no cenário internacional, que posteriormente foi sucedendo uma série de golpes de Estado financiados no curso dos anos de 1960/1970 pelos centros imperialistas, representada pela hegemonia norte-americana. O objetivo maior era a internacionalização do capital, a imobilização dos protagonistas sócio-políticos que resistiam a via autoritária, além da mobilização de tendências contrárias à revolução e ao socialismo.

Bravo (1996) aponta que a ditadura militar no Brasil inviabilizou uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político via reformas democráticas e nacionais. O cenário político no Brasil e na América Latina neste período foi marcado por um sentimento revolucionário que se alastrava, principalmente, devido ao sucesso da

³⁷ Encontra-se em Mendes (1994) uma referência explicativa sobre o predomínio de um novo modelo de sistema de saúde, no período de 1964, determinado pela “coalizão internacional modernizadora” e pelas políticas econômicas dela decorrentes. Este modelo “médico” assistencial privatista centrou-se em um padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o setor privado, produtor destes serviços

Revolução Cubana, instaurando uma alternativa política e econômica contrária ao sistema capitalista. Por isso e para enfrentar esta ameaça é que desencadearam vários golpes militares apoiados especialmente pelo governo norte-americano, objetivando combater os “inimigos internos” e garantir a perpetuação do modelo de desenvolvimento econômico³⁸ estimulado. Segundo Alves (1984), nesta fase, os países subdesenvolvidos foram incentivados a adotar políticas de crédito ao setor privado, controle salarial e valorização do investimento estrangeiro, medidas estas voltadas para atrair capitais multinacionais a fim de manter o padrão de acumulação capitalista.

Por sua vez, a cultura política autoritária que legitimou a instalação de ditaduras militares respaldou-se na falsa alegação de que a sociedade civil era fraca, débil, pouco organizada e anárquica, enquanto o estado era forte e poderoso³⁹.

O período ditatorial pelo qual passou o Brasil foi de forte repressão militar frente aos setores populares. A estratégia política dos militares era a de vigilância e controle, com o intuito de eliminar os “inimigos internos”, dentre os principais estavam os partidos políticos, os movimentos sociais, líderes sindicais e estudantis, intelectuais, movimentos católicos, etc.

Alves (1984) aponta que neste contexto, a Sociedade Civil que se mobilizava em torno da defesa da democracia e de melhorias na qualidade de vida passaram a ser criminalizados pelas lutas sociais implementadas e os movimentos sociais passaram a ser vistos como sintomas de desordem e subversão, devendo, portanto, serem duramente reprimidos. Segundo a autora, viveu-se um período de “*silêncio, medo, confusão e desânimo*” (ALVES, 1984, p.137).

Foi diante desse cenário ditatorial que em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi fundamental para a consolidação do modelo médico-assistencial privatista que se expressou através da ampliação da cobertura previdenciária; do privilegiamento da prática médica curativa, individual,

³⁸ A ideia do desenvolvimento era baseada na lógica do *desenvolvimentismo* adotada nos países latino-americanos a partir dos Programas de Desenvolvimento de Comunidade e Aliança para o progresso administrados pelos EUA, que tinham por objetivo qualificar mão-de-obra e gerar um mercado consumidor, além de manter a América Latina na área de influência norte-americana contra o “perigo vermelho”.

³⁹ Mas o contexto é como bem analisou Ianni (1989), “a história das lutas sociais na América Latina mostra que os setores populares sempre estiveram presentes e ativos nos momentos mais importantes da vida das sociedades nacionais”, ao passo que os Estados Nacionais latino-americanos estiveram “encastelados” em uma situação de subordinação ao imperialismo mundial.

assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; do desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços (MENDES, 1994).

Abordando a reflexão de Oliveira & Teixeira (1986), que seguem na mesma direção e ressaltam que o modelo de privilegiamento do produtor privado, possuem cinco características que podem ser consideradas como centrais, são as seguintes:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e parte da rural;
- Orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada;
- Criação de um complexo médico-industrial;
- Interferência estatal na Previdência Social, através da atuação do Estado como regulador⁴⁰ de mercado de produção e consumo dos serviços de saúde;
- Organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento dos serviços privados.

Importante ainda ressaltar sobre esse período que o sistema de saúde era dividido em dois subsetores: o da saúde pública e o da assistência médica, sendo que este último era detentor do maior montante dos recursos financeiros, como consequência, havia pouco investimento às medidas de atenção coletiva à saúde da população.

O período estava sob a égide do desenvolvimentismo, todos os países da América Latina viu-se envolvidos num programa econômico único, também desenvolvido no Brasil, e que produziu durante um certo período o que alguns autores denominaram de “milagre econômico”, por ter tido alguns momentos em que ocorreu um crescimento do setor industrial e do Produto Interno Bruto (PIB), controle da inflação e aumento de investimentos estrangeiros.

Os efeitos desse “milagre” para a população foram diversos, houve uma redução nos salários reais dos trabalhadores e um aumento progressivo de excluídos vivendo em situação de pobreza absoluta, acarretando consequências sociais significativas e

⁴⁰ A Regulação do Estado aqui já era utilizada para favorecer a via do mercado e da privatização.

produzindo uma agudização no processo de concentração de renda.

A partir dos anos de 1970, o “milagre econômico” começou a passar por dificuldades, o modelo entrou em crise com o aumento crescente da dívida externa e das taxas de inflação e agravamento dos custos sociais resultantes das disparidades das políticas de concentração de renda. Segundo Alves (1984), a ditadura começou a perder sua hegemonia e legitimidade e os movimentos de oposição passaram a organizar iniciativas de combate ao modelo vigente.

Na mesma direção Bravo (1996), ressalta que em meados dos anos de 1970, com a crise econômica e os crescentes enfrentamentos ao regime ditatorial, o governo foi obrigado a criar estratégias e priorizar a questão social, por meio da implementação de políticas de redução da pobreza e expansão da cobertura previdenciária. Sendo esse momento, marcado pelo aprofundamento da crise do “milagre econômico” que a ditadura entra no processo autodenominado “processo de distensão” e em fins dos anos de 1970, tem-se o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, tendo no contexto político, uma crise fiscal do Estado. Associada a isto, tem-se ainda uma crescente insatisfação da população usuária, principalmente, no que se refere à perda de qualidade dos serviços prestados pela previdência social.

Para Soares (2000), a crise do milagre econômico, o esgotamento do “Estado Desenvolvimentista”, associados à divergência de interesses (no interior da própria burguesia) e a insatisfação da população, fez com que o modelo de desenvolvimento adotado, até aquele momento, tivesse suas bases de sustentação fragilizada e exaurida no curso dos anos de 1980, década marcada pela crise econômica e por importantes modificações introduzidas nas políticas sociais brasileiras.

Emergia no cenário brasileiro sucessivos movimentos reivindicativos com “alto teor expressivo-mobilizador”. Entre eles, Doimo (1995) destaca movimentos ligados à questão do transporte, desemprego, moradia e saúde. Esses movimentos privilegiavam o espaço do cotidiano, uma vez que, sob a ditadura militar, essa era a *“única alternativa de organização diante do fechamento dos canais institucionais de participação”* (DOIMO, 1995, p.88).

Evidencia-se que foi no contexto apontado anteriormente que ganhou centralidade o movimento pela democratização da saúde, no final da década de 1970, o que culminou com a formulação e a defesa da proposta da Reforma Sanitária

(BRAVO,1996). Este movimento passou a buscar a ampliação do conceito de saúde, entendendo-a como resultante do processo social (alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte...), no qual se inseria a população.

Desta forma, ressalta-se que a defesa da conservação e da manutenção da saúde, como direito universal, passou a implicar em estratégias e ações voltadas para superar a visão centrada na individualização da doença, nos interesses lucrativos e no domínio do saber sobre o processo saúde-doença, que constituem parâmetros reforçadores da compreensão da saúde segundo dimensões biológicas e curativas.

Com a defesa de estratégias coletivas e preventivas, a defesa da municipalização foi ganhando espaço, o que resultou, embora não na totalidade dos preceitos defendidos, na difusão e busca de legitimidade para a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesta ótica, destacam-se os eventos realizados, dentre eles, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada como determinante para a consolidação da Reforma Sanitária. Convocada pelo então Presidente da República, José Sarney, em julho de 1985, e realizada em março de 1986, esta conferência representou um marco para consolidação do projeto da reforma sanitária e introduziu, efetivamente, a participação da sociedade civil na construção da política de saúde. Como mostra Bravo (2011),

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de 4500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Os setores empresariais não participaram, em protesto contra o princípio da conferência, que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e pela ampliação do número de delegados. O relatório final foi divulgado amplamente entre os participantes e delegados. O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma. (BRAVO, 2011, p. 110).

Dentro desse contexto, na política de saúde, que foi pensada e influenciada pela pressão da sociedade e pelos interesses do Estado para garantir a transição democrática, foi notória a importância do movimento sanitário brasileiro, que propiciou a construção da proposta de reforma sanitária, que apresentou princípios básicos que

norteariam a política de saúde, legitimada a partir da Constituição Federal de 1988.

A década de 1980 representa um marco para se realizar qualquer análise na área da saúde. Foi uma década que, marcada por uma profunda crise econômica, foi o solo no qual se delinearam dois projetos alternativos e contraditórios para a saúde brasileira, sendo que se tornou hegemônico o projeto neoliberal e o contra hegemônico, o projeto da Reforma Sanitária (MENDES, 1994; BRAVO, 1996). A Reforma Sanitária apontava três aspectos fundamentais para efetivação da saúde, os quais ficaram registrados legalmente: a saúde como resultado de condições socioeconômicas; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a criação de um Sistema Único de Saúde - SUS, que tinha como princípios a universalidade, a integralidade das ações e a descentralização.

Assim, após a realização da 8ª Conferência o governo assumiu algumas propostas da Reforma Sanitária e a estratégia de ação foi a de investir nas Ações Integradas de Saúde (AIS), quando se constituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sustentado na descentralização das ações e na universalização do atendimento (Bravo, 2011). Importante ressaltar que o que caracterizou as AIS no governo Sarney até a implantação do SUDS em 1987 foi a marcante presença de sujeitos do movimento sanitário em instituições federais estratégicas, como Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Segundo Paim (1986), as AIS foram consideradas como centrais para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. Em sua análise ressaltou que sem a AIS poderia haver a não continuidade na prestação de serviços à população, pois as mudanças derivadas do momento Constituinte e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde exigiria tempo político para ser efetivado.

Nesse contexto as questões de saúde estavam sendo enunciadas em dois níveis, no político institucional onde se apontava o direito universal à saúde e o dever do Estado em sua garantia, com o propósito de modificar o modelo médico hegemônico e no nível operacional, onde se propugnava de, acordo com Mendes (1994), um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário. Momento em que as AIS transitaram para o SUDS. Pretendia-se agilizar o processo de descentralização,

fortalecer o setor público, desvincular a saúde da previdência, visando romper com a burocracia previdenciária.

Ressalta-se então que a proposta da Reforma Sanitária constituiu a base para a estruturação e implementação do Sistema Nacional de Saúde, que foi debatido pela Assembleia Constituinte de 1987 e 1988 e legitimado, em parte⁴¹, pela Constituição Federal de 1988. Assim foram conquistadas mudanças que resultaram de um processo social mediado por uma sociedade civil organizada e mobilizada, que estava procurando estabelecer uma relação diferenciada com o aparato estatal. Esta relação passou a ter como suporte explicativo as contribuições gramscianas⁴², uma vez que estava se fazendo presente a necessidade de aglutinação das forças sociais e governativas na direção de reformas, como nos aponta Coutinho (1994).

As forças sociais, no contexto das décadas de 1970 e de 1980, estavam empenhadas na reordenação da sociedade brasileira, passando então a ocupar espaços políticos, sociais e culturais, contexto em que sindicatos, associações de bairros, Comunidades Eclesiais de Base (CEBS) e movimentos sociais de natureza diversa, tiveram expressão reconhecida e legitimada nas suas lutas e confrontos com o aparato estatal, o que contribuiu também para a criação do Partido dos Trabalhadores (PT)⁴³. Foi com o processo de democratização do país, que novos sujeitos coletivos entraram em cena e estabeleceram uma nova relação com o Estado, qualificando a participação popular que passa a exigir a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a nova compreensão do papel do Estado.

Telles (1987) em sua análise afirma que neste contexto, iniciou-se um movimento de valorização da esfera da sociedade civil como espaço primordial para fazer política. A produção teórica voltou-se para a manifestação da Sociedade Civil e

⁴¹ Em parte, porque não foram atendidas todas as demandas do movimento sanitário, como por exemplo, o controle sobre a produção de medicamentos, demanda vinculada diretamente aos interesses das grandes indústrias farmacêuticas e, principalmente, a falta e definição sobre o financiamento da política de saúde.

⁴² Segundo Coutinho (1994), com a ampliação do debate sobre a redemocratização brasileira, Gramsci passou a ser cada vez mais estudado, as categorias sobre sociedade civil e hegemonia passaram a ser centrais para a análise da nova realidade brasileira. O debate foi imprescindível nas áreas de sociologia, antropologia, serviço social e educação, dentre outras.

⁴³ A criação ocorreu com a promulgação da Lei de reforma Partidária onde houve a abertura de espaços para criação de novos partidos políticos, iniciando-se um debate no meio dos movimentos populares sobre a necessidade de se criar um partido que canalizasse suas reivindicações. Assim surgiu o PT, em 1980, aglomerando uma série de movimentos sociais, membros de associações de moradores, comunidades de base, movimentos rurais e sindicais, além de intelectuais opositores e parte do movimento estudantil (ALVES, 1984).

para sua importância no processo de transformação. Foi nessa efervescência dos movimentos sociais que os movimentos de bairro se multiplicaram rapidamente no final da década de 1970 e início dos anos de 1980. Segundo Alves (1984), os citados movimentos sociais passaram a exigir espaços de participação política e econômica nas três instâncias governamentais e propiciou a formação de movimentos sociais com reivindicações específicas e com tendências à autonomia a ação política ligada às bases.

Da mesma forma, neste contexto, ocorreu também o surgimento do “novo sindicalismo”, enfatizando o compromisso político dos trabalhadores com a democracia e a liberdade de organização. Mediante vários embates com o Governo e a mobilização dos trabalhadores em greves e manifestações, o “novo sindicalismo” no Brasil fortaleceu-se, e criou em 1979, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) com forte repercussão nacional.

Esta efervescência da sociedade civil organizada suscitou a articulação dos movimentos em defesa da democratização do país, já no final da década de 1980, a democratização se vê fortalecida e ganha centralidade após inúmeras mobilizações, destacando-se entre outros, o Movimento Pró-Diretas Já. O processo de democratização fortaleceu-se no ano de 1987, quando ocorreu a instalação da Constituinte pelo governo da Nova República, desencadeando uma série de críticas ao centralismo e autoritarismo do Estado brasileiro, além de seu caráter burocrático e elitista. A institucionalização do movimento pela democratização no cenário brasileiro consagrou-se efetivamente a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal.

A nova Constituição de 1988, que ficou conhecida como “Carta Cidadã”, tornou-se motivo de exaltação e possibilidades para a sociedade brasileira. Foi um marco para a premissa na construção de políticas sociais baseada nos requisitos de eficácia, eficiência, equidade e justiça social. Sendo estratégica para promover a descentralização política-administrativa; para reconhecer e viabilizar a participação popular nos processos decisórios, de gestão e controle social.

1.2.1. Os princípios e diretrizes do SUS

O SUS idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária precisa ser

compreendido como uma importante conquista da sociedade brasileira. Na Constituição de 1988 a saúde foi incluída como “direito de todos e dever do Estado”, desta forma, a partir dessa organização do SUS os serviços de saúde passaram a se tornar acessíveis a todos, independentemente de inserção no mercado de trabalho e/ou critério de renda.

A partir da Constituição de 1988, o Estado afirma-se como responsável por garantir os direitos sociais. Com isso, para além dos direitos garantidos nos artigos 6º e 7º da Constituição Federal, a Seguridade Social, como consta do título VIII do texto constitucional, compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, Previdência Social e Assistência Social” (BRASIL, 1988). Assim, parte da proposta da Reforma Sanitária tornou-se hegemônica, legalmente, e, mais precisamente, nas ações preconizadas pela Lei 8080/1990, também chamada Lei Orgânica de Saúde (LOS), que dispõe sobre o SUS e pela Lei 8142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre o financiamento na área da saúde. A partir do SUS, organizou-se um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com desenvolvimento de ações em cada nível de complexidade, as quais deveriam ser efetivadas no sentido de responder aos problemas colocados, utilizando, para tanto, todo tipo de tecnologia disponível.

Assim, tendo em vista o conceito de Seguridade Social descrito na Constituição de 1988, em seu Artigo nº 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Complementarmente, para a Lei 8080/1990 no seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Conforme Bravo (2002) nota-se que com a implementação das Leis 8.080 e 8.142 em 1990, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes,

a participação da comunidade e o financiamento na área da saúde, reforçaram os avanços obtidos na Constituição, porém, manteve-se e aprofundaram-se as ambiguidades.

Desse modo, de acordo com Mendes (1994), os avanços que foram conquistados não significaram a hegemonia das propostas da Reforma Sanitária, situação que estava retratada desde o início dos anos 1990, quando o ideário do projeto neoliberal passou a ocupar espaço efetivo, contribuindo para fortalecer uma luta política, ideológica e técnica, que definiria interesses e pressupostos norteadores também das políticas sociais públicas. Tem-se então que reconhecer que nesta luta, as propostas da reforma sanitária passaram a sofrer restrições, sendo necessárias estratégias para fazer frente às imposições neoliberais. Assim, para o autor,

[...] a corrente da “Reforma Sanitária” torna-se contra hegemônica à medida que o Projeto Neoliberal da Saúde propõe uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico assistencial privatista. Sem dúvida esse projeto neoliberal mudou a qualidade do setor privado e criou um subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado – o da atenção médica supletiva – que se consolidou através da sua autonomização do sistema público, seja na forma de financiamento, onde não há financiamento direto do Estado por seu crescimento, seja na lógica de expansão, que se dá pela perda de qualidade do subsistema público, provocando a expulsão, para esse subsistema privado de contingentes crescentes da população, seja na definição das clientela, onde o subsistema público passa a ser o lócus de atenção aos grupos “de baixo (MENDES, 1994, p. 52).

Desta forma, apesar do SUS ter representado uma conquista histórica em nosso país, não se pode perder de vista as enormes dificuldades para sua implementação, dada, por exemplo, “a herança histórico cultural de tratamento do Estado com relações de patrimonialismo, fisiologismo e privatização por grupos e corporações organizadas” (JÚNIOR, F. B., 2011, p. 36), como também um financiamento e modelos de atenção em saúde equivocados, não se efetivando o reconhecimento de direitos, somada à introdução do modelo neoliberal que direcionou o Estado a formular políticas sociais de cunho pulverizado, parcializado, focalizado e privatizante.

Importa ainda destacar que houve a incorporação do conceito ampliado de saúde que passou a considerar os condicionantes econômicos, sociais e culturais, na contramão da visão dominante que focava nas dimensões biológica e individual.

Foi com a promulgação da Lei 8.080/90 que foram reguladas as ações e serviços

de saúde em todo território nacional, ficando na referida lei estabelecidos os princípios e diretrizes norteadores do SUS. Assim, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (art. 7º):

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

A partir de todas essas leis e normatizações, os serviços e atendimento do SUS seguem na direção e baseados nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade que vão direcionar a prática de todos os profissionais de saúde.

Com a implementação do SUS, a saúde pública brasileira avançou no processo de democratização do acesso aos serviços e, como já abordado acima, foi

regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (leis 8080/90 e 8.142/90), de caráter universal e prioritariamente ofertada pelo Estado. Deu-se através do processo de descentralização político-administrativo da política social de saúde. Foi com o SUS que ocorreu a regulamentação das propostas da Reforma Sanitária, já garantidas pela Constituição Cidadã, partindo do conceito ampliado de saúde e organizada através dos princípios doutrinários e princípios organizativos. Quantos aos princípios doutrinários, temos:

Universalidade: onde a saúde passou a ser um direito de cidadania, sendo responsabilidade do Estado, ofertá-la em todos os níveis de assistência;

Equidade: que foi decisivo para reduzir as desigualdades, ofertando serviços conforme as necessidades e particularidades de cada cidadão;

Integralidade: que considerou cada pessoa como um todo, garantindo atendimento a todas as suas necessidades, sendo imprescindível a articulação das ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde.

E quanto aos princípios organizativos:

Regionalização e Hierarquização: onde os serviços devem ser planejados e organizados em níveis crescentes de complexidade primário, secundário e terciário, sendo fundamental a articulação entre os diferentes níveis hierárquicos, conforme as necessidades dos usuários.

Descentralização: que é a descentralização político-administrativa nas três esferas de governo, distribuindo o poder de decisões e as responsabilidades, com comando único.

Racionalização e Resolutividade: objetivou racionalizar os gastos do sistema através do planejamento de ações fundamentadas nos indicadores epidemiológicos de acordo com as necessidades das pessoas e/ou região, sendo importante a resolutividade preferencialmente na unidade de atendimento, e caso não seja, o mais próximo e o mais rápido possível.

Complementaridade do setor privado: previsto que, quando a estrutura dos serviços públicos for insuficiente ou limitada para atender às demandas, poderá complementar as ações de saúde com os serviços privados, tendo como prioridade os serviços filantrópicos ou não lucrativos, prevalecendo as regras de direito público.

Participação da Comunidade: com o papel de democratizar as ações do Estado através do Controle Social. Foi regulamentado através da lei 8.142/1990, que também

regulamentou as transferências dos recursos financeiros entre as esferas federal, estadual e municipal.

No que tange à participação da comunidade, foram criados mecanismos como conferências e conselhos nos âmbitos federal, estadual e municipal, como instâncias deliberativas de formação paritária entre Estado e Representantes da Sociedade Civil, organizados para exercer o controle social na prestação dos serviços. Importante ressaltar que os conselhos de saúde e as Conferências foram centrais e continuam representando possibilidades da sociedade influenciar na gestão pública, bem como orientar e fiscalizar as ações do Estado no que diz respeito à política de saúde, pois se apresentam como forma de democratizar o Estado, possibilitando a participação da população nas decisões, podendo contemplar a transparência das ações.

Assim os Conselhos de Saúde, passam a ter uma conotação de ampliação da democratização a partir da implementação da lei 8.142/1990 e passam a ser de suma importância aos usuários na medida em que se configuram em canais abertos de participação para reivindicações do direito à saúde. Nesses espaços estão presentes a correlação de forças entre diferentes sujeitos; a disputa e a negociação de pautas que nem sempre irão garantir melhores condições de vida e saúde para a população. Compostos pelos gestores governamentais, usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da área da saúde, os Conselhos têm caráter permanente e deliberativo. O objetivo principal é a elaboração, discussão e fiscalização da política de saúde nas três esferas de governo.

Além do espaço deliberativo dos Conselhos de Saúde, temos o espaço das Conferências que são fóruns de debate com representação de vários segmentos da sociedade e devem acontecer, no mínimo, a cada quatro anos, para avaliação da política de saúde e proposição de mudanças, diretrizes e definições que contemplem os interesses dos usuários nas três instâncias deliberativas.

Foi com esse desenho organizativo que o SUS foi pensado e vem sendo implementado de forma sistemática e gradativa e sua operacionalização se deu por meio das Normas Operacionais Básicas⁴⁴ do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo

⁴⁴ Normas criadas com a finalidade de normatizar a implantação do SUS, desde a relação entre os gestores, objetivos, estratégias, prioridades e repasses financeiros. Tivemos quatro normas básicas, a NOB 01/1991, implementada durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), foi nessa norma que se estabeleceu critérios para repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados e Municípios, efetuando pagamento pela produção dos serviços, tanto na rede ambulatorial

Ministério da Saúde como portarias, mas pactuadas entre o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2003).

No tocante à implantação da NOB 04/1996, os municípios receberam um valor per capita fixo para operacionalizar e ampliar as ações básicas de saúde; além da parte fixa, foi acrescentado outro valor variável para programas de atenção básica, como por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2003).

Importante ressaltar que essa priorização para as ações da atenção básica comprometeu os princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização na proporção em que se investiu na atenção básica de saúde desarticulada da média e alta complexidade, por meio de programas focalizados, propostos pelo Ministério da Saúde, com incentivo financeiro, obrigando os municípios e estados a aderirem para captar recursos na saúde. De acordo com Correia (2006), ocorreu desrespeito às características regionais e à autonomia dos municípios, sem contar que racionalizou o atendimento hospitalar.

Já nos anos 2000, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, ocorreu a instituição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), onde foram criadas novas formas de gestão; criou-se a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada com o objetivo de ampliar as ações da gestão básica anterior, estabelecendo também o controle da tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, eliminação da hanseníase, saúde da criança, da mulher e saúde bucal. (BRASIL, 2003) e a Gestão

como na hospitalar, equiparando prestadores públicos e privados e centralizando a gestão do SUS em nível federal. Assim, os recursos financeiros eram repassados por transferências negociadas, conforme os tetos financeiros e de cobertura, não respeitando a autonomia dos entes federativos. A segunda norma foi a NOB 02/1992 que não alterou em quase nada a anterior, foi apenas acrescentado critérios populacionais de repasse financeiro aos municípios. A NOB 03/1993, criada no governo de Itamar Franco (1992-1994), desencadeou o processo de municipalização a partir de três formas de gestão (incipiente, parcial e semiplena), onde os municípios eram habilitados como gestores de acordo com o nível organizacional e comprometimento com o SUS, definindo papéis e transferências regulares de fundo a fundo. Nessa NOB ocorreu ainda a constituição das Comissões Intergestores Bipartite no âmbito estadual e a Tripartite no âmbito nacional com a atribuição de articular e negociar sobre a política de saúde entre os gestores. A quarta, conhecida como NOB 04 /1996, foi implantada somente em 1998, já na primeira gestão de Fernando Henrique Cardoso, como reflexo da Reforma do Estado. A NOB criou novas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal), definiu critérios para repasse financeiro a partir de um piso assistencial básico, logo substituído pelo PAB, com repasse financeiro de fundo a fundo, reduzindo a transferência por serviços prestados.

Plena de Sistema Municipal.

Com essas novas formas de gestão ampliaram-se as responsabilidades dos municípios, cabendo-lhes prestar ações do primeiro nível de atenção no seu próprio território, garantir o acesso dos usuários aos serviços existentes na região, e contemplar procedimentos mínimos de média complexidade, como atividades ambulatoriais, apoio diagnóstico, terapêutico e hospitalar. Ocorreu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade (BRASIL, 2003).

Segundo Abramov (2019), ficou estabelecido o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que identificava as prioridades para atendimento dos estados por regiões; qualificando as microrregiões de saúde; determinando diretrizes para organização do processo de regionalização de acordo com as necessidades e prioridades da região e a busca da garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. O PDR é base para o planejamento, avaliação e meio através do qual se busca efetivar equidade e integralidade, podendo orientar os investimentos e a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Desta forma o processo de regionalização trouxe definições-chaves como a região de saúde – que é a base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria Estadual; o módulo assistencial – que é o espaço territorial que dispõe da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência e o município polo ou microrregião – que é aquele que está definido de acordo com a regionalização de cada Estado e serve de referência a outros municípios em qualquer nível de atenção. Em síntese, buscou-se um planejamento integrado em saúde, no qual o atendimento em saúde deveria ocorrer prioritariamente no município, na microrregião, na região, para a resolução dos problemas dos usuários do sistema, otimizando, desta forma, os recursos existentes e evitando o deslocamento desnecessário.

Foi assim que a NOAS 01/2001-2002 buscou assegurar as diretrizes e o aprimoramento do processo de regionalização, garantindo o comando único do gestor sobre os prestadores de serviços e introduzindo novas funções de gestão, como controle, regulação e avaliação, que devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde (BRASIL, 2003). Enfatizou também a Atenção Básica como porta de entrada preferencial no sistema

de saúde, centrando-se na concepção de atenção familiar como estratégia do modelo assistencial, ou seja, deu-se prioridade ao Programa Saúde da Família.

É importante ressaltar, com relação às NOB, que foram instituídas em governos que viviam claramente a contradição entre cumprir com o legado constitucional e os compromissos assumidos, após a Constituição Federal de 1988, com os organismos internacionais. Exemplo disso foi a NOB 01/1996⁴⁵, quando ganhou materialidade a proposta de Reforma do Estado de Bresser Pereira; uma das propostas foi a de prestar saúde de atenção básica à população mais empobrecida, para o que o PSF e PACS foram apontados como programas essenciais.

Era discutido à época por Bresser Pereira:

no caso dos serviços sociais, existe a alternativa mais radical de entregar vouchers aos cidadãos, que com eles comprarão os serviços de educação e saúde que desejar. Este tipo de estratégia será legítima no caso da educação básica e da saúde, se o serviço for pago exclusivamente com os vouchers, permanecendo, portanto, gratuito. Se, entretanto, os cidadãos puderem complementar o valor dos vouchers com pagamentos pessoais, teremos, no caso da educação básica e da saúde, a violação do princípio social-democrata de que deve haver, como uma obrigação do Estado, a universalidade ou gratuidade desses serviços (PEREIRA, 2000, p. 22).

Apesar dessa proposta de Bresser Pereira não ter se efetivado na prática, foi nesse contexto que ganhou ênfase a ampliação da atenção básica de saúde desarticulada da atenção secundária e terciária, comprometendo o princípio da integralidade. Faz parte do atendimento básico a realização de exames para prevenção, apoio e diagnóstico, contudo não há disponibilidade de exames para todos que necessitam. Devido a essa desarticulação, os usuários chegam ao sistema de saúde doentes, com patologias avançadas, que poderiam ter sido evitadas por meio de exames de apoio e diagnóstico precoce. Um exemplo clássico é o das mulheres que fazem a prevenção do câncer uterino, mas não realizam o exame das mamas, porque dependem de uma mamografia. Assim, sem renegar as conquistas do SUS, fica claro que sua implementação é cheia de limites devido a priorização da política econômica orientada pelo Consenso de Washington (1989). Em especial, após a reeleição do presidente Fernando Henrique Cardoso, teve-se o processo de desmonte dos direitos sociais, sob a falácia da crise fiscal, do “[...] enxugamento do Estado e seu

⁴⁵ Implantada somente em 1998.

desengajamento na oferta de benefícios e serviços coletivos” (VIANA, 2001, p.175), e a realização de reformas estruturais, como privatização, desregulamentação de mercados, o que atingiu diretamente a política de saúde.

O que se pode apontar é que as transformações decorrentes da globalização⁴⁶ são inúmeras, dentre estas, tem-se a ampliação do desemprego, a eliminação de postos de trabalho, a precarização das relações de trabalho, informalização, recessão, inflação, redução de investimentos nas políticas sociais, ocasionando o enfraquecimento dos princípios democráticos e universalistas, bem como o agravamento das desigualdades sociais e dos processos de exclusão.

Segundo Couto (2004), no que se refere ao atendimento às demandas da população na perspectiva universalista da Constituição de 1988, muitas foram as disputas para que os princípios e diretrizes fossem alterados, sempre apelando para a insuficiência de recursos para aplicá-los e a necessidade da focalização de atendimento nas populações mais vulneráveis, visando a racionalização dessa aplicação.

Desta forma, embora exista a regulamentação em lei na Constituição Cidadã e no SUS, inúmeros são os obstáculos que se fazem presentes. A saúde no Brasil continua sendo uma arena de muitas disputas e, na medida em que faltam repasses financeiros ao setor, o subfinanciamento do SUS é uma realidade não enfrentada adequadamente pelos governos eleitos após a Constituição de 1988. Assim, ao longo desses trinta anos de SUS, mantém-se e agravam-se as deficiências de financiamento, mantendo de forma estratégica a dependência ao setor privado, excluindo grande parcela da população do acesso aos serviços, principalmente, no que se refere à assistência médica.

Segundo Bravo (2006), não se prioriza e nem se garante a universalidade, a equidade e a integralidade preconizadas na Constituição de 1988; ao contrário, a saúde presta serviços que ainda apresentam características discriminatórias, seletivas e focalizadas para diferentes cidadanias.

Configura-se uma cidadania diferenciada aos que podem acessar os serviços pagos e aos que não podem pagar. Os primeiros, na sua maioria, são assistidos pelos

⁴⁶ A globalização é definida por Castel (1998) como a mundialização dos mercados, as finanças, a informação, a comunicação e os valores culturais.

planos privados de saúde para atendimento de média e baixa complexidade, sendo que muitas das vezes precisam recorrer ao SUS em ações da alta complexidade e alto custo, devido à não autorização dos planos privados. À parcela da população que não pode pagar pelos serviços, a opção é que busquem os programas focalizados, fragmentados e seletivos para atendimento “aos pobres”, com baixo padrão de qualidade.

Na contramão, os serviços especializados e que exigem alta complexidade, como tratamentos da AIDS, transplantes e casos de doenças raras, são financiados pelo SUS, o qual financia, em tese, os custos para todos que dele necessitam. Assim, os escassos investimentos públicos irão atingir o atendimento em saúde nos setores importantes para a prevenção e promoção da saúde em geral, criando uma separação entre os que podem e os que não podem pagar. Desta forma, como destaca Bravo e Matos (2001), tem-se uma dicotomia onde o cidadão é cliente e consumidor: “O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Branco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado”. (BRAVO; MATOS, 2001, p.212). Consequentemente, os diferentes cidadãos acessam os serviços de forma diversificada, constituindo a cidadania regulada pelo mercado, que é bem diferente da cidadania universal, resultado da luta coletiva conquistada e preconizada na Carta Magna de 1988 e no SUS.

De acordo com Costa (2000), o SUS atende a muitas reivindicações oriundas do movimento da Reforma Sanitária, porém, nunca superou as contradições existentes, dentre as quais, “constam a exclusão, a precariedades de recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, à burocratização e a ênfase na assistência médica curativa” (COSTA, 2000, p. 41). Desta forma, não se avançou ainda em reverter o modelo médico assistencial privatista, focado na doença, no indivíduo e desconsiderando totalmente o conceito ampliado de saúde, que deveria ser garantido pela articulação da saúde com as demais políticas sociais que formam o tripé da Seguridade Social, não ficando centrado como uma política reduzida à cura de doenças.

Foi assim que seguiu e foi se constituindo o contraditório espaço das políticas sociais, que tem ao mesmo tempo, o cenário da dominação e o cenário das lutas para superação dessa dominação. Sendo histórico no Brasil, por parte do

Estado, na efetivação das políticas sociais, a prática de uma relação de dominação junto aos usuários. Trazendo essa análise para a área da saúde, foi considerado na análise de Bravo (2004), que na década de 1990 do século XX, reforçou-se a disputa de dois projetos políticos na área da saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. No primeiro, é central assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas públicas, destacando a descentralização, a qualidade dos serviços pautados na integralidade e na equidade das ações, o que possibilitou a participação de novos atores sociais, dada principalmente através dos Conselhos. Já o segundo, está “[...] pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização”. (BRAVO; MATOS, 2001, p.200). Assim, o SUS vem priorizando o atendimento às demandas focalizadas, onde é forte tendência de referendar a ideologia do favor, do assistencialismo e da negação da garantia de direitos. Isso vai de encontro aos ideais da Reforma Sanitária e como o próprio nome já faz referência, a privatização dos serviços de saúde, sendo meta com vistas a racionalização dos recursos na Política de Saúde, direcionando o SUS aos que não podem pagar pelos serviços particulares, ou seja, um SUS para os pobres, colocando em xeque o princípio da universalidade.

Esse direcionamento traz a reflexão de que o SUS constitucional está bem distante do que está posto atualmente; desta forma, merece destaque, o reconhecimento de que a implementação do SUS gerou um importante debate sobre o processo de descentralização, operacionalizado por meio das diferentes NOB, critérios de transferências financeiras, como fundo a fundo, estabelecimento dos planos, fundos e conselhos de saúde, buscando o fortalecimento da rede pública, o processo de organização da gestão, controle, monitoramento e avaliação do SUS, assim como a priorização de definição de investimento mínimo das três esferas do governo na saúde.

Porém, na prática, esta consolidação como sistema de saúde ainda sofre grandes resistências no cenário contemporâneo brasileiro. A descentralização que vem ocorrendo no Brasil pode ser explicada nas palavras de Soares (2000) como “descentralização destrutiva”, porque apresentou, de um lado, o processo de desmonte das políticas sociais existentes e, de outro, delegou aos municípios responsabilidades

e competências sem os recursos necessários para implantação dos serviços. Foi se organizando e priorizando um pacote mínimo de que os municípios deviam dar conta, com ênfase na privatização dos serviços públicos para os mais pobres, por meio da implementação de programas focalizados, como resultante da Reforma do Estado de Bresser Pereira, ditada pela política econômica de recorte neoliberal, que será abordada no próximo tópico.

1.3. A Contrarreforma do Estado no Brasil: Reforma Sanitária x Privatização do SUS

Como já abordamos anteriormente, o Brasil, durante as décadas de 1970 e 1980, vivenciou importantes avanços democráticos e, na década de 1990, consolidou-se no âmbito jurídico institucional o compromisso com o regime democrático pela ampliação dos direitos sociais, civis e políticos, mas que não se materializaram na vida dos sujeitos. Ao contrário, deu-se início à “Reforma do Estado”, também conhecida como contrarreforma do Estado, com tendência à redução de direitos em favor de equilíbrios fiscais, em nome de um processo de modernização justificado pela ineficiência e incapacidade do Estado, com características arcaicas, patrimonialistas e burocráticas, ao mesmo tempo em que se buscava fortalecer a capacidade gerencial do Estado por meio de parcerias com o setor privado, que prestaria serviços de melhor qualidade, pela criação de organizações sociais.

A implementação da Contrarreforma Reforma do Estado teve início em 1995 de forma gradual, durante o primeiro mandato do ex Presidente Fernando Henrique Cardoso e do ministro Bresser Pereira no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), por meio do documento base - Plano Diretor da Reforma do Estado. Segundo Bresser Pereira (1998), a reforma foi referenciada como uma segunda reforma, já que na década de 1930 ocorreu no Brasil a primeira - a Reforma Burocrática - que procurou romper com o patrimonialismo e criara a burocracia profissional no país, num regime autoritário; assim, para complementá-la, seria necessária a Reforma Gerencial.

Na análise de Bresser Pereira, era necessário dar autonomia ao administrador público, valorizando sua capacidade de tomar decisões (inclusive de cunho político), com isso haveria a possibilidade de combater o clientelismo de forma gerencial, ou seja, a Reforma Gerencial era por si só capaz de dar novos rumos ao clientelismo e à

burocracia.

Assim, justificou-se a realização da Reforma Gerencial, com a necessidade de enxugamento do Estado. A crise fiscal do Estado brasileiro, caracterizada por Bresser Pereira (1998) pela perda de crédito público e pela poupança pública negativa, foi identificada como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado era administrado e uma crise política, no contexto do processo de globalização da economia mundial, o que foi considerado suficiente para justificar o enxugamento do Estado.

Visto que para Bresser, a origem da crise era decorrência da ineficiência do Estado, por problemas de gerenciamento, a solução era o investimento na alteração da forma de gestão, dando ao Estado condições de superar-se e desenvolver-se. Na sua análise, a crise não é percebida como crise econômica e política em razão do capitalismo contemporâneo, da reestruturação produtiva e de globalização do capital, que retoma como central o mercado, como locus de acesso a serviços. Assim, na concepção do autor, a reforma se apresenta em três dimensões:

- A institucional – legal que cria instituições para descentralizar as ações do Estado;
- A cultural – que viabiliza mudanças dos valores burocráticos para os gerenciais;
- A gestão – que coloca em prática as ideias gerenciais, oferecendo um serviço público de maior qualidade ao cidadão-cliente⁴⁷.

Nessa direção, o autor considera a reforma como:

- “Gerencial” porque é baseada no modo de administração empresarial em busca de uma *“maior eficiência das agências públicas”*;
- “Democrática” porque prevê mecanismos de delegação de autoridade e controle dos resultados;
- “Social-Democrática” por enfatizar que é o Estado o garantidor dos direitos sociais;
- “Social-Liberal”, por acreditar no mercado como alocador de recursos,

⁴⁷ Na análise de Behring (2003) - Cidadão-cliente é o cidadão de direitos que se torna consumidor de serviços, organizações numa perspectiva empresarial, pautado nos resultados.

utilizando estratégias de controle das atividades financiadas pelo Estado por meio de entidades descentralizadas – chamadas organizações públicas não estatais.

A ênfase que se deu foi pela descentralização por meio das organizações públicas não estatais com o intuito de garantir maior eficiência do sistema, reduzindo custos públicos e prestando serviços de maior qualidade e satisfação dos usuários como ocorre no setor privado. Assim, no projeto de Bresser Pereira, a satisfação das necessidades do “cidadão-cliente” são pensadas apenas no plano individual, ou seja, quando não satisfeito pelo serviço oferecido por uma organização, basta reclamar ou buscar o serviço em outra organização, podendo ainda recorrer ao Código do Consumidor.

Entretanto, importa destacar que essa descentralização apontada acima é o “[...] mero repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais que configuram o setor público não estatal”. (BEHRING, 2003, p.103).

A Reforma do Estado, no que diz respeito à área de saúde, foi consolidada na NOB/96, podendo ser explicada, segundo Bresser Pereira (1998), em quatro ideias básicas:

- Descentralizar a administração e o controle dos gastos em saúde;
- Criar um “quase mercado” entre os hospitais e ambulatórios especializados;
- Transformar os hospitais em organizações públicas não estatais;
- E criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família que podem ser funcionários do Estado ou podem ser contratados pelo Estado e pagos de acordo com o número de pacientes (BRESSER PEREIRA, 1998, p.252).

Nessa lógica, o sistema de entrada do SUS efetiva-se na atenção básica, através dos postos de saúde e no incentivo ao Programa Saúde da Família, considerados responsáveis pela integralidade das ações em saúde, sobretudo para famílias com menor poder aquisitivo, pelo fortalecimento do sistema municipal e repasse de recursos financeiros pelo Governo Federal por meio de credenciamento; já os serviços especializados, como os ambulatórios e atendimentos de maior complexidade, como o hospitalar, seriam realizados por meio de convênios com organizações públicas não

estatais e a rede privada. Assim, o SUS foi dividido em básico e hospitalar. Instalou-se a lógica de que o mercado é o grande mecanismo de controle social, atuando pela concorrência e que não é igual para todos. Conforme aponta Vieira (2004), tem-se uma competição desigual e a inserção de concorrentes heterogêneos na economia, na política e na cultura mundial.

Como mostra Soares (2000), junto com a estratégia de descentralização, tinha-se também a privatização e a focalização das políticas sociais, onde persistia a ideia de que os gastos e serviços sociais públicos passassem a ser destinados aos mais empobrecidos, criando-se a perspectiva apontada por Mendes (1993) da “universalização excludente”.

Essa reforma gerencial de Bresser Pereira é uma “Contrarreforma do Estado” (BEHRING, 2003), já que foi pensada na contramão dos direitos da cidadania e da democracia participativa, garantidos na Constituição Federal de 1988 e na medida em que caminhou para uma política de desmonte e enfraquecimento do controle social. Com destaque para um projeto de saúde vinculado ao mercado, enfatizando-se a realização de parcerias com a sociedade civil para dar respostas à crise econômica.

A contrarreforma do Estado na saúde não combina com os princípios do SUS e demanda o rompimento com o caráter universal do SUS, pois, na perspectiva privatista, a saúde constitui-se numa “mercadoria a ser comprada no mercado” (MOTA, 2006, p.44), sendo direcionada a prestar atendimento aos mais empobrecidos, que não podem pagar pelos serviços ofertados pelo mercado.

Tem-se assim um modelo assistencial que privatiza o que é público, restringindo o SUS a uma maior oferta da atenção básica; à racionalização e falta de continuidade dos serviços da média e alta complexidade; à flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde e estimulando a criação das Organizações Sociais, com repasse de recursos públicos; ao estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços em saúde; e à transferência das funções do Ministério da Saúde para agências de regulação e organizações não estatais (CORREIA, 2006).

O Plano Diretor da Reforma do Estado de Bresser Pereira não foi implantado na íntegra, não podendo ser desconsiderada a extinção do Mare⁴⁸ em 1999; porém

⁴⁸ A criação do Mare (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado) ocorreu em 1995, foi

suas ideias e o projeto de desconstrução do SUS ainda se mantêm atuais, numa constante disputa na forma de organizar e implementar o SUS no Brasil.

O que se pode dizer, é que o SUS avançou, todavia precisa-se ainda de muito investimento para que esta política se concretize no cotidiano dos usuários, conforme o defendido no projeto da Reforma Sanitária. Para tal, é urgente e necessário resgatar o caráter democrático da saúde discutido e legalmente instituído pela Reforma Sanitária, procurando avançar no sentido de atingir os princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade do sistema, a universalidade do direito, a participação e controle social, a responsabilidade pública, e não configurar-se como mais uma estratégia da política econômica de recorte neoliberal para redução de custos, contemplando outras formas de respostas do papel do Estado, ou novo tratamento no atendimento da pobreza, no que diz respeito aos serviços públicos estatais da saúde.

Porém, embora esses princípios estejam garantidos na Constituição Federal de 1988, na prática eles nunca se efetivaram integralmente. Os desafios já foram postos logo após a VIII Conferência de Saúde, onde o Movimento da Reforma Sanitária começou a perder forças e nos anos de 1990 tudo foi visto de forma mais clara, onde o Estado passa a atuar vinculado ao mercado, fazendo parcerias e responsabilizando a sociedade pela crise nos diversos setores, principalmente na Saúde.

Conforme Mendes (1994), o contexto brasileiro em que se instalou a disputa politico-ideológica entre os dois projetos (neoliberal e da reforma sanitária) era de crise fiscal e política do Estado, crise ligada ao movimento do capital, no contexto de reorganização da acumulação capitalista e, concomitantemente, ao processo de implementação do Estado mínimo.

[...] O Estado neoliberal só deveria intervir com intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não queriam produzir, além daqueles que eram a rigor de apropriação coletiva. [...] Portanto, o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais (LAURELL, 1995, p. 163).

preponderante para a implantação da contrarreforma de Estado de Bresser Pereira, porém perdeu forças e, em 1999, teve sua extinção, passando a coordenação da gestão pública para o Ministério do Planejamento. In: Folha de São Paulo, 27/03/2006. Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br>fsp> Acesso em 12/01/2020.

Assim a “contrarreforma” instalada no Brasil na década de 1990 atravancou o processo de Reforma Sanitária, que foi a base da luta pela reformulação do sistema de saúde, que era contributivo e passou a ser universal. A disputa desses dois projetos, com interesses contrários, o neoliberal e o democrático, refletia a dinâmica do modelo capitalista de livre mercado, onde o Estado é diminuído para as questões sociais, através das privatizações, e os direitos sociais são sucateados, para atender à lógica do mercado. Além disso, a fim de reordenar a produção e reprodução do capitalismo, as relações do mundo do trabalho foram alteradas com uma proposta de flexibilização das relações empregado x empregador, o que na realidade foi um retrocesso às conquistas no campo dos direitos do trabalho. Conforme Bravo (2013), após os anos 2000 “também se identifica a formulação de outro projeto para a saúde, que é o da Reforma Sanitária flexibilizada. Consiste em defender a Política de Saúde possível, face à conjuntura.” (2013, p. 178).

Conforme Júnior (2011), temos por um lado uma proposta de saúde com significativos avanços e, de outro, um retrocesso, com gargalos que colocam em xeque as conquistas do sistema de proteção social brasileiro. No cotidiano de trabalho na área de saúde, o comum é o tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a prevenção e promoção efetiva de saúde. Quando focamos os vinte e nove anos de criação do SUS, percebemos que apesar de importantes avanços e impacto no contexto sócio epidemiológico, continuamos presos a uma lógica medicocêntrica baseada em leitos hospitalares, medicamentos e exames de alto custo.

É neste cenário de implantação e implementação do SUS que podemos identificar contradições e limitações em termos de garantia da proteção social legitimada pela Constituição Federal de 1988, que inclui, legalmente, o acesso aos recursos e serviços de saúde por meio de ações integradas, visando resguardar o princípio da universalidade.

Tem-se em Vasconcelos (2002), elaborações que reforçam estas ponderações, tendo em vista que nos esclarece que:

As garantias constitucionais, antes que pudessem ser asseguradas na vida social, foram atropeladas pela implementação de uma Reforma do Estado, exigida pelo capitalismo atual, que [...] tem a característica de fragmentar, ainda mais todas as esferas da vida social – a produção, o trabalho, as classes, o espaço, o tempo, os princípios e valores que referenciam a identidade e a luta de classes e de concentrar no mercado tudo que ofereça possibilidade de gerar

lucro e concentrar riqueza (VASCONCELOS, 2012, p. 93).

A ampliação destas reflexões encaminha-se para a consideração da mesma autora, quando afirma o descompasso de como vêm sendo implementadas as diretrizes e os princípios do SUS.

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só no custeio, mas, principalmente, o não investimento na expansão da rede de serviços) e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados (VASCONCELOS, 2012, p. 80).

Diante do exposto, na lógica da “desconstrução do SUS” real, sob a hegemonia do ideário neoliberal, faz-se necessário reforçar que esse sistema mesmo “sofrendo” as consequências do descompasso imposto pela lógica de um “estado mínimo”, constitui-se uma das manifestações legais de um conjunto de “necessidades sociais”, que defende a saúde como direito de todo cidadão, propondo-se a garanti-lo através de seus princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade.

Foi nesse contexto contraditório e de crise que o SUS foi sendo implementado, tornando-se importante reafirmar a compreensão da Seguridade Social como manifestada na Carta de Maceió⁴⁹:

a seguridade social é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil, de organização dos trabalhadores. Um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica. Que exige uma rigorosa análise crítica da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura. Que força a construção de proposições que se contraponham às reações das elites político-econômicas do país, difusoras de uma responsabilização dos pobres pela sua condição, ideologia que expressa uma verdadeira indisposição de abrir mão de suas taxas de lucro, de juros, de sua renda da terra. (CFESS/CRESS, 2000).

Assim, importa reconhecer os avanços constitucionais de 1988, seus limites e denunciar “os ataques aos direitos produzidos por uma concepção orientada pela privatização, pela focalização, pela descentralização destrutiva e

⁴⁹ A Carta de Maceió foi aprovada pelo Conjunto CFESS/CRESS, reunido em 2000, onde fica expressa a concepção de seguridade social defendida pela categoria dos assistentes sociais brasileiros.

desresponsabilização do Estado” (BEHRING, 2010, p. 153). Desta forma, na perspectiva apontada acima, tem-se que pensar a seguridade social no contexto da crise estrutural do capital, instalada nos anos de 1970 do século passado, produzindo fortes impactos para os direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde, até os dias de hoje. Neste contexto, a tendência é de “redução de direitos e limitação das possibilidades preventivas e redistributivas das políticas sociais, colocando em curso o trinômio do neoliberalismo – privatização, focalização e descentralização (desconcentração e desresponsabilização)” (BEHRING, 2010, p. 157).

Considerando a lógica desse trinômio do neoliberalismo (privatização, focalização e descentralização) torna-se necessário compreender o processo de descentralização⁵⁰ em curso no Brasil, no que tange à implementação do SUS, que, embora enunciado no reordenamento constitucional como uma possibilidade de partilha de poder e democratização, vem caminhando nos “trilhos da iniciativa privada”, sendo um mecanismo importante e que vem sendo utilizado para assegurar a saúde pela via privatista.

Já no início dos anos 2000, mais especificamente no primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva - 2003-2006, foi defendido pelo ex-presidente em seu plano de governo que a Saúde deveria ser defendida como direito universal, com integralidade e equânime como foi definido nos princípios do SUS, porém, na prática ocorreu a polarização entre os dois projetos já citados anteriormente (Reforma Sanitária e o Privatista). Como Bravo (2013) aponta, tinha-se a administração de um Projeto de Reforma Sanitária – Flexibilizada; em um contexto marcado por fortes ataques, manteve-se o subfinanciamento da saúde.

Conforme aponta Graneman (2007), ocorreu uma continuidade nas diretrizes da contrarreforma do Estado de Bresser Pereira, de 1995, reeditadas em variadas formas nas políticas de privatização da gestão de unidades públicas de saúde. Na mesma direção, Bravo (2004), aponta as contradições no governo Lula, dando ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos e, principalmente, no desfinanciamento e no descompromisso de se viabilizar a concepção de seguridade social.

Independentemente das diferenças entre os governos petistas de Lula (2003-

⁵⁰ Que será tratada no próximo tópico.

2006 / 2007-2010) e da ex-presidente Dilma Rousseff (2011-2014 / impeachment no primeiro ano do segundo mandato, em 2015), o avanço do capital na saúde se manteve. Como exemplos, tem-se a proposta de Fundações Públicas de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), totalmente alicerçadas na lógica de que os problemas do SUS estão nas formas de gestão e nos recursos humanos, apontando que a reestruturação do modelo de gestão seria capaz de melhorar o funcionamento dos serviços. Desta forma, a dinâmica do mercado entrou na rede de saúde, principalmente, nos hospitais universitários, desunindo e segregando os profissionais de saúde com planos de carreira, cargos e salários diferentes, negando assim a importância do concurso público e a estabilidade proporcionada aos concursados.

Segundo BRAVO e MENEZES (2011), a proposta das fundações públicas de direito privado contribuiu para descaracterizar o SUS nos seus princípios fundamentais e “todas as propostas trazidas pelo Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta”. (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 21).

Esta situação vem piorando, gradativamente, e a disputa de projetos na política de saúde ganha novas dimensões com o Golpe ocorrido em 2016 - que levou Michel Temer à presidência até 2018 – quando ocorreram as eleições presidenciais, chegando à Presidência da República – Jair Messias Bolsonaro – que não tem plano de governo em defesa do SUS, tem sim a pretensão de destruir os direitos sociais em nome da retomada do crescimento econômico.

O golpe ocorrido em 2016 e o tempo em que Michel Temer ficou à frente da Presidência da República como presidente ilegítimo foi suficiente para colocar em pauta fortes ataques que ameaçam a saúde pública na atualidade, como a PEC 55, que estabelece o congelamento dos gastos públicos por vinte anos, decisão que vem contribuindo diretamente para a desqualificação e desmonte dos serviços de saúde ofertados à população, situação similar ocorre com a política pública de educação.

Com o golpista Temer ocorreu a nomeação de Ricardo Barros para o Ministério da Saúde, que rapidamente apresentou a proposta de criação de planos de saúde populares, numa perspectiva clara de desmonte do SUS. Com planos de cobertura mais restrita e preços mais baixos que os encontrados no mercado de planos de saúde, ficou

clara a concepção de saúde como mercadoria que com diferentes níveis de qualidade, pode caber numa heterogeneidade maior de consumidores. Estas ações seguem dificultando cada vez mais a garantia de um Sistema de Saúde totalmente público, com qualidade e acessível a todos.

Em 2019 tem-se a entrada de Bolsonaro , onde as contrarreformas do Estado se aprofundaram de maneira alarmante. Conforme aponta Avritzer (2020), a entrada em cena do Bolsonarismo é “expressão de mudanças muito profundas na política e na organização de poder na sociedade brasileira. Seu final ou colapso não ocorrerá subitamente” (AVRITZER, 2020, p.15).

Afunilando para o desmonte na área da saúde, Bolsonaro escolheu para ocupar o cargo de Ministro da Saúde o médico centrista Luiz Henrique Mandetta que se destacava como um dos representantes das corporações médicas. Conforme aponta Avritzer (2020), Mandetta nunca foi um bolsonarista clássico⁵¹, porém acumulava todas as características necessárias para ser representante do antipetismo e do bolsonarismo. Chegando ao Ministério da Saúde, ele não encampou uma proposta radicalmente contrária ao SUS, apesar de ter dado diversas entrevistas em que colocava em xeque os princípios da maior política de inclusão social do Brasil. Diferenciou-se dos outros ministros porque nomeou uma equipe de perfil técnico para o ministério, com postos mais altos do ministério sendo ocupados por pessoas com experiência nacional e conhecimento do SUS.

Foi nesse cenário que Mandetta trabalhava para desconstruir o SUS por dentro e a favor das grandes corporações médicas, tentava isolar o conceito de equidade, quando se manifestava sobre a necessidade de racionalidade na tomada de decisões para fazer mais por quem tem menos; assim ficava claro seu objetivo de desconstruir o princípio da universalidade do SUS. Outro exemplo sobre sua capacidade de desmontar o SUS refere-se ao desmonte do Programa Mais Médicos que afetou a vida de mais de seis milhões de brasileiros. Em 2019, o programa foi substituído pelo "Médicos pelo Brasil"⁵² que restringe a atenção à saúde em áreas remotas e ainda

⁵¹ Mandetta é membro da família de políticos do Mato Grosso do Sul, cujo pai foi vice-prefeito de Campo Grande e ele tem tios e primos deputados estaduais e federais (AVRITZER, 2020, p.18)

⁵² A Medida provisória nº 890, de 2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil em substituição ao Programa Mais Médicos, criado pela gestão da ex-presidenta Dilma Rousseff, restringe a população assistida, as áreas populacionais que seriam cobertas pela proposta e o financiamento, tendo uma proposta privatizante que é a criação da ADAPS. In: Outras Mídias 07/10/2019, acesso em 20/02/2020.

permite a atuação de convênios privados em unidades públicas. A ADAPS pode destroçar o SUS, já que poderá abrir, em hospitais públicos, uma porta para atendimento a convênios; assim essa é uma agência privada pode desmontar toda a atenção primária no Brasil.

Em 2020, a pandemia do coronavírus e o consequente acirramento da crise do capital por ela trazida complexificou ainda mais qualquer análise do (des)governo Bolsonaro. Segundo AVRITZER (2020), a pandemia colocou três problemas para o atual governo:

- Necessidade de reabilitação imediata da ciência no plano da opinião pública, já que diariamente os cientistas e professores apontavam em todos os principais meios de comunicação a necessidade de isolamento social para conter a escalada de mortos, situação que ocorreu na Itália e Espanha, que demoraram a adotar medidas para conter a pandemia. Esse quadro de valorização da ciência e da vida dificultou bastante os negacionistas bolsonaristas;
- Perdeu apoios importantes, principalmente junto às classes mais favorecidas e antipetistas que até 2019 não se sentiam abaladas com os ataques bolsonaristas às organizações internacionais e à ciência. As declarações diárias e a adesão às posições de ódio abertas manifestadas pelo presidente foram caindo na mesma proporção em que aumentavam a aprovação do ministro da Saúde ou das ações do Ministério da Saúde;
- O terceiro tem relação com a questão da corporação médica. Os médicos são o grupo que mais tem deixado de apoiar o Bolsonaro, não apenas em razão das posições cientificamente insustentáveis do presidente, como também porque o embate entre ele e Mandetta se deu em termos médicos.

Com a queda de Mandetta, tivemos a indicação do segundo ministro do governo Bolsonaro – Nelson Teich –, que ficou menos de 30 dias no cargo, ficando o Ministério nas mãos do militar Eduardo Pazuello, que permaneceu de forma interina durante quatro meses, quando, em 16 de setembro de 2020, foi efetivado como Ministro da Saúde.

Esse panorama demonstra o quanto Bolsonaro vem sendo irresponsável na crise do coronavírus. Com a saída de Mandetta no auge da pandemia em 16 de abril de 2020

e a substituição por Nelson Teich, que é um médico do setor privado sem qualquer experiência em gestão pública, garantiu uma mudança de rumo na política de saúde. Para Avritzer (2020), deu-se início a uma “política exitosa de esconder o Ministério da Saúde” (AVRITZER, 2020, p. 22), pois o referido ministro foi o responsável em desativar as inter-relações federativas no momento decisivo de combate ao Covid-19, deixando de exercer o papel de coordenador. Ao fechar as portas para reuniões com Secretários estaduais de saúde, Teich conseguiu romper com o papel histórico do Ministério da Saúde na coordenação de ações emergenciais no meio da pandemia, e, como consequência, aconteceu o aumento alarmante das mortes pela Covid-19.

Foi com Teich que, em menos de trinta dias, o Ministério da Saúde já contava com mais de uma dúzia de militares que não entendiam nada de saúde. Absurdos ocorriam diariamente, até que a imposição da cloroquina por Bolsonaro, à revelia do ministro, foi o estopim para a segunda demissão de um ministro da Saúde, em meio à pior crise sanitária vivida pelo país, em mais de cem anos de história. O desesperador, diante dessa condução do Ministério da Saúde no governo Bolsonaro, é que a troca de ministros no meio de uma pandemia gravíssima não parece preocupar o presidente; na verdade, a condução da política de saúde expressa alguns elementos centrais de sua concepção política, que se materializa também na saúde; assim, ele insiste na cloroquina e no Exército⁵³ para fazer valer sua política autoritária e mortífera.

Enquanto seguimos com um Estado operando caoticamente, destruindo a vida dos brasileiros⁵⁴, Bolsonaro, sem respeitar a legalidade instituída, trouxe ao país desequilíbrio e ódio nunca vistos, sem contar que, no Rio de Janeiro, ele, seus familiares e principais apoiadores mantêm relação promíscua e práticas obscuras com o clã miliciano local.

O que fica claro é que o governo Bolsonaro representa de forma desmedida um grande retrocesso para a sociedade brasileira em todos os âmbitos da vida social. Além de ataques em todas as dimensões da vida social, na área da saúde tem-se o

⁵³ A efetivação de Pazuelo como Ministro da Saúde efetiva mais um militar para o alto escalão da República Federativa do Brasil, além do Presidente Jair Bolsonaro que é militar reformado, seu vice Hamilton Mourão, já somam 10 ministros militares, dentre os 23 ministros escalados.

⁵⁴ Em meio à crise na saúde e no meio ambiente, de acordo com os dados do IBGE, anunciados em setembro de 2020, desde 2018, o Brasil retornou ao Mapa da Fome. Relatório da ONU indica que a curva da desnutrição, há muito descendente, passou a crescer novamente. São dados apontados na mesma época em que o presidente Bolsonaro afirmou de forma leviana que a fome no Brasil é uma mentira.

acirramento da privatização e da mercantilização do SUS.

Quanto a ADAPS, cabe destacar que esse ataque ao SUS seguiu em meio à crise do Coronavírus. Assim, com o Decreto 10.283, que instituiu a ADAPS em março de 2020, acirra-se a precariedade no âmbito da organização do SUS e, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Possivelmente se implementará uma lógica de uberização na contratação de médicos, dentro dos parâmetros que virão pela criação da Carteira de Trabalho Verde-Amarela e a fragilização total da atual Consolidação das leis do Trabalho (CLT), pela reforma trabalhista que corre em paralelo.

Os brasileiros e brasileiras com o governo Bolsonaro encontram-se diante do desmonte da Previdência Social e da Assistência Social, da destruição da Amazônia e do Pantanal, além de uma gama de ações que indicam o firme posicionamento do governo a favor do capital, na busca incessante de desestabilizar o estado democrático de direito. Com Bolsonaro, os processos de contrarreforma do Estado se aceleram cada vez mais e, conseqüentemente, tem-se o desmonte dos serviços públicos que já se encontrava em ascensão no governo Temer, atingindo serviços que não tinham se consolidado nos governos Lula e Dilma.

1.3.1. Reorganização do SUS e suas particularidades no processo dedescentralização/desresponsabilização

Como já abordado no item 1.2.1 sobre os princípios e diretrizes do SUS, importa resgatar que foi com a aprovação da Constituição em 1988 e as leis regulamentadoras da década de 1990 que o SUS vem sendo implementado e que se determinou que o dever do Estado de promover políticas socioeconômicas para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde se dê de forma descentralizada, desse modo, envolvendo de forma orgânica, União, Estados e Municípios brasileiros.

Abordar o princípio organizativo da descentralização é fundamental para alicerçar nossas análises sobre o objeto desse estudo, já que esse princípio reorganizativo do SUS deu condições aos estados e municípios de avançar no processo de regulação em saúde, porém o avanço na operacionalização só ocorrerá após

a criação da Política Nacional de Regulação⁵⁵ do Ministério da Saúde aprovada em 2008.

Os estudos sobre a descentralização mostram que, por trás de um aparente consenso, há um conjunto de concepções distintas do que deva ser descentralizado e com quais objetivos. A descentralização pode se dar: entre os níveis de governo; da Administração Direta para a Indireta; e do Estado para a sociedade civil, com ênfase na participação desta no aparelho do Estado ou com repasse das atribuições deste para a esfera privada.

A descentralização pode ser entendida como uma mera desconcentração de funções ou, sob um enfoque mais radical, como uma descentralização de poder. Ela pode estar a serviço de propósitos democratizantes, com aproximação do usuário (do seu conhecimento da realidade e do seu poder de controle), ou pode ser um passo rumo a um processo mais amplo de redução das funções e do tamanho do Estado, através da privatização de setores como o da saúde pública.

Vários autores⁵⁶ têm enfatizado que o processo de descentralização do setor público surgiu no Brasil no início da década de 1980, como uma espécie de reivindicação da cidadania, em contraposição ao Estado centralizador e autoritário dominante no país, durante o regime militar, desde 1964. A retomada do sistema democrático, em meados da década de 1980, promoveu um resgate das bases do Estado federativo, com o regresso de estados e municípios ao universo do poder, especialmente, após a Constituição de 1988, quando, com a descentralização fiscal outorgada pela Carta Magna, obtiveram novamente e com maior vigor fontes autônomas e independentes de autoridade política e fiscal.

Como abordado anteriormente, ao longo dos anos oitenta, verifica-se a retomada da democracia, o que promoveu um resgate das bases do Estado federativo no país que conjuntamente com a descentralização fiscal, outorgada com a Constituição de 1988, fizeram com que o governo federal, os estados e municípios obtivessem fontes autônomas e independentes de autoridade política e fiscal. O que se teve, entretanto, foi que a descentralização passou por diferentes vertentes, ou seja, no plano vertical do Estado, se deu entre os níveis de governo, no plano horizontal, passando da

⁵⁵ Que será abordada posteriormente.

⁵⁶ Dentre eles, tem-se Vianna (1998); Arretche (1996); Affonso (1993); Hortalle (1997), entre outros.

administração direta para indireta ou no plano da relação Estado e sociedade, que era do setor público para o privado (ARRETCHE, 1996).

O entendimento predominante na época era de que a descentralização deveria ser direcionada em um sentido realmente democrático, para afirmar aquelas características evidenciadas por alguns autores como uma ampliação dos direitos e liberdades, uma incorporação progressiva às instituições representativas da sociedade civil organizada e um maior controle e participação popular na administração pública. Todavia, na prática, observou-se que a descentralização podia-se dar em sentido restrito, denominado desconcentração, no qual apenas se delegam competências para que sejam exercidas certas funções ou atividades específicas, sem poder decisório; ou ainda em sentido amplo, em que não somente há delegação de autoridade, mas poder decisório de fato. A descentralização neste último sentido passou a ser entendida como municipalização, por exigir não apenas uma descentralização das atribuições estatais, mas uma efetiva descentralização dos recursos orçamentários.

Na direção mais ampla de diferentes significados dos tipos de descentralização, podem ser delimitados dois grandes paradigmas. De acordo com Silva (1995) tem-se:

- o democratizante (voltado para a sociedade), com ênfase nos aspectos políticos e valorizando a proximidade com o usuário para alcançar maior eficácia;
- o neoliberal (voltado para o mercado), com ênfase nos aspectos administrativos e econômicos, com o objetivo de delegar atribuições para desonerar o Estado central.

No início da década de 1990, o processo de descentralização tornou-se mais direcionado ao processo de reforma do Estado, voltando-se para os problemas das políticas públicas, especialmente, para aquelas ligadas às questões da educação e da saúde.

Particularmente, no caso da saúde, embora tenha sido definido em 1988 com a nova Constituição, quando passou a vigorar o SUS, o processo de descentralização somente se efetivou de fato a partir de 1991, com a norma operacional básica lançada nesse ano, conhecida como NOB-91 e, mais especificamente, com a norma operacional básica editada em 1993 NOB-93, que passou a ser o instrumento regulatório do processo.

Para Mills (apud HORTALE, 1997), no início da década de 1990, a descentralização tornou-se mais direcionada ao atual processo de reforma do Estado voltado para os problemas relacionados com as políticas públicas. Tinha-se, no entanto, que a descentralização das políticas públicas poderia revelar-se no plano político-administrativo de forma ambígua, caracterizando-se de quatro formas possíveis: desconcentração, devolução, delegação e privatização.

Quanto à descentralização na área da saúde pública, ela abriu possibilidades para redistribuição de poder, redefinição de papéis das esferas de governo e reformulação de práticas e controle social, porém, ela ocorreu em plena vigência dos processos de privatização e abertura de mercados, quando foi dada prioridade às empresas privadas, com redução significativa do tamanho do Estado e do seu papel na concepção e na manutenção dos sistemas de proteção social. Conforme Bravo,

O Brasil, na década de 1990, viveu de forma aguda as consequências de uma opção política que levou à adoção do ajuste neoliberal em todas as suas dimensões econômicas e sociais. Na saúde, articulado ao projeto societário, é elaborado o Projeto Privatista que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2013 p.177/178).

Assim, no novo contexto, o papel reservado ao Estado era o de racionalizar, desburocratizar, descentralizar e desregulamentar suas ações, criando um ambiente favorável aos mecanismos de mercado e ao surgimento de empresas privadas na produção de serviços públicos. Todavia, ao lado desse aspecto, a realidade das desigualdades regionais no Brasil evidenciou que as possibilidades de exploração das receitas tributárias eram muito mais expressivas em municípios mais ricos e populosos, aos quais podia ser concedido um estatuto de maior autonomia no processo de descentralização dos serviços de saúde, do que nos pequenos e pobres municípios das regiões mais atrasadas, especialmente, municípios do Nordeste e do interior de Gerais. A realidade desses municípios passou a ser pela sobrevivência, quase que exclusivamente, através dos repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Diante das mudanças ocorridas, passou então a vigorar um sistema duplo de organização de prestação de serviços: nos municípios pequenos e mais pobres, o

Estado continuou tendo uma interferência mais direta, através de unidades estaduais e municipais de saúde, suportadas diretamente por repasses do poder central aos estados e municípios. Já nos municípios mais ricos e populosos (como é o caso do Rio de Janeiro), o Estado passou a ter uma ação ao mesmo tempo direta e indireta na prestação dos serviços: diretamente, através de unidades de saúde oficiais — Federais, Estaduais e Municipais —, suportadas com recursos próprios arrecadados nos estados e municípios, além de repasses do poder central, e indiretamente, mediante a utilização de um modelo que acabou por se impor ao Estado brasileiro, em todas as suas instâncias, ao buscar alternativas para melhorar o desempenho nos serviços prestados, através da incorporação de instrumentos de gestão empresarial, especialmente, pela própria presença de empresas privadas na produção de serviços públicos.

Entretanto, com a disseminação da presença de empresas privadas na prestação de serviços públicos de saúde, uma preocupação que logo se espalhou por diversos setores sociais era a de que a predominância de empresas privadas com fins lucrativos na produção dos serviços públicos de saúde poderia levar tais serviços a perderem seu caráter de bens públicos [bens que o Estado tem constitucionalmente o dever de colocar ao alcance de todos os cidadãos, sem discriminação de nenhuma ordem], para se transformarem em simples mercadoria; ou seja, bens privados, acessíveis apenas aos que podem pagar.

Assim, na transição para o processo descentralizado na área da saúde, vem-se verificando que o que era público vem, a cada dia, sendo absorvido gradativamente pelo setor privado. Ou seja, somente têm acesso a serviços de saúde mais especializados os cidadãos de municípios mais bem estruturados em termos financeiros e administrativos, de forma que, através do SUS, possam ser atendidos os anseios das políticas adotadas pela iniciativa privada.

Nesses municípios mais bem estruturados como é o caso do Rio de Janeiro, o que vemos é a ênfase de um modelo de atenção à saúde que não está centrado na promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme Vasconcelos (2012) está sendo priorizado um “Modelo Médico Assistencial Privatista”⁵⁷ adverso ao que foi garantido constitucionalmente, nesse modelo o hospital permanece como o centro de organização

⁵⁷ Modelo hegemônico no Brasil que segue à revelia desrespeitando o que foi garantido constitucionalmente

dos serviços de saúde, com predominância da oferta e realização de serviços curativos e de reabilitação, em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde que poderiam ser viabilizadas por um processo de descentralização pela via democratizante.

Dessa forma, o contexto em que vem se dando a descentralização no âmbito do SUS vem garantindo a ampliação e consolidação de um processo de privatização dos serviços de saúde pública no Brasil, sendo visível a expansão do setor privado numa área essencial que deveria ser de responsabilidade do Estado. Como exemplo, tem-se a expansão dos planos privados de assistência à saúde.

Embora a descentralização tenha envolvido redistribuição de poder, redefinição de papéis das esferas de governo, reformulação de práticas de controle social, esta, na prática, vem fazendo parte de uma ideologia muito mais complexa, onde se enquadramos preceitos da doutrina neoliberal que, através de um “falso discurso”, incentiva o Estado a desburocratizar, racionalizar, descentralizar e desregulamentar suas ações, criando um ambiente favorável aos mecanismos de mercado e, conseqüentemente, ao surgimento de empresas privadas lucrativas na produção desses serviços. Como ressalta Bravo,

a proposta de Reforma Administrativa ocorrida no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, comandada por Bresser Pereira, é um bom exemplo dessa concepção. Ela tem por suporte a crítica aos modelos patrimonialistas e burocráticos de organização do aparelho estatal, e propõe um modelo gerencial para dar conta das exigências de efetividade e eficiência. Há o redesenho da organização estatal com redistribuição de suas funções entre novos organismos não estatais (Pereira, 1995). A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedecem às leis do mercado (BRAVO, 2013, p.178).

Desta forma, diante das mudanças ocorridas no processo produtivo em nível mundial, a descentralização vem sendo utilizada como nova forma de gestão e sendo preponderante e estratégica para possibilitar a consolidação da privatização da saúde.

Para Souza Filho (2016), a expansão da descentralização ampliou a administração indireta e provocou no mínimo duas consequências para a administração pública. A primeira “refere-se à incorporação de critérios empresariais na administração pública” e a segunda “refere-se à introdução de formas diferenciadas na atividade

econômica, priorizada para receber investimentos em termos de infraestrutura, qualificação profissional e remuneração dos servidores e a administração direta e indireta da área social” (SOUZA FILHO, 2016, p.163). O autor ressalta em sua análise que essas duas consequências serão nefastas para a expansão de direitos no interior da ordem burocrática da administração pública.

Verifica-se, atualmente, o surgimento de novas formas de gestão que vêm possibilitando uma maior flexibilização na produção de bens e serviços. Dentre essas, destaca-se o processo de descentralização que, a princípio, envolve mais especificamente a gestão das políticas públicas, mas que também interliga outros segmentos da sociedade. Nota-se, portanto, que, embora esse processo tenha se constituído numa evolução em termos democráticos para que os estados subnacionais e os municípios pudessem ter certa autonomia nos serviços prestados à população, a descentralização também faz parte de um conceito mais amplo que gira em torno de uma política de abertura econômica e de um processo de privatização, que faz com que os Estados se afastem cada vez mais da produção de bens e serviços.

Em países como o Brasil, em que sempre existiram deficiências na estrutura política e administrativa na maioria dos estados e municípios, processos como a descentralização acabaram servindo como instrumento de parceria entre o Estado e a iniciativa privada. Atualmente, no mundo todo, a reforma do Estado está em questão, em função das mudanças tecnológicas que intensificaram a internacionalização da economia, identificada como globalização. Neste processo, a dinâmica da economia mundial exigiu dos países um novo tipo de competitividade, onde apenas ter abundância de recursos naturais e mão de obra barata deixou de ser um diferencial em termos competitivos. Hoje, o que importa são os avanços tecnológicos, incentivos em pesquisa e desenvolvimento e uma mão de obra altamente qualificada.

Nesse sentido, verificou-se que a reforma do Estado em curso no Brasil, nas últimas décadas, seguiu o receituário neoliberal do “Consenso de Washington”⁵⁸, que foi indicado para os países da América Latina, desde 1989, quando então teve início o processo de abertura da economia brasileira. Como principais medidas dessa reforma

⁵⁸ No Brasil, mais precisamente, no governo Collor (1990), o Brasil iniciou o processo de abertura da economia com maior exposição à competição internacional e, posteriormente, começou o processo de privatização, acelerado na era Fernando Henrique Cardoso - FHC. Pode-se dizer que o Brasil foi um dos primeiros países da América Latina que teve seus princípios neoliberais consolidados no Consenso de Washington. (BATISTA, 1995)

podem ser citadas: a privatização, o processo de descentralização, o enxugamento e a racionalização da burocracia pública e a reforma tributária.

Como já citado anteriormente, a princípio, o processo de descentralização das políticas públicas teve um papel muito importante para a sociedade, pois poderia significar um avanço da democracia no qual os serviços públicos passariam a atender melhor às necessidades da população em geral, tendo em vista que a “descentralização se caracteriza por um processo que se constitui em um novo padrão de relações intergovernamentais entre o Estado e a sociedade” (ANDRADE, 1997, p. 264).

Dessa forma, a sociedade deveria participar ativamente dessas relações e as instâncias subnacionais passariam a ter maior poder de decisão e autonomia na elaboração e na execução das políticas públicas em relação ao governo central, desde que existisse realmente um planejamento em que fossem definidas as funções dos governos Federal, Estadual e Municipal, como também da sociedade civil organizada, nesse processo.

Todavia, o que se verificou é que em muitos estados do Brasil, não existia estrutura política e administrativa e nem uma sociedade participativa que pudesse autogestionar os serviços públicos de forma democrática. O que se tinha, de fato, eram grupos de interesse políticos que não estavam preocupados com a sociedade e sim em manter certos privilégios corporativistas e um processo histórico e tradicional de centralização, onde os Estados e municípios eram acostumados, talvez em função do período autoritário em que prevalecia o “Planejamento para Negociação”⁵⁹, a estarem sempre dependentes das políticas centrais.

Segundo Hortale (1997), tem que se observar também que a descentralização algumas vezes não deve ser tratada como o oposto da centralização, não podendo ser entendida e nem adotada sem levar em consideração o par que a complementaria e que predomina nas sociedades capitalistas dependentes, isto é a centralização. Por outro lado, a descentralização, como já foi citada, aparece como uma “receita” neoliberal em que o Estado (governo central) descongestiona as suas atividades em função da crise financeira, contexto em que não disponibiliza recursos para área social,

⁵⁹ O planejamento para negociação se dava em torno de uma acentuada centralização financeira e decisória na adoção de políticas públicas pelo âmbito federal de governo, no período em que prevaleceu o regime militar no Brasil, onde os estados subnacionais apenas executavam as tarefas preestabelecidas pelo governo central.

priorizando a manutenção de uma política econômica de juros altos que favorece o capital especulativo que banca boa parte desse processo de abertura econômica.

Diante disso, para Arretche (1996), o processo de descentralização no Brasil caracterizou-se muito mais por um processo de desconcentração governamental do que por um processo de municipalização. Ou seja, a municipalização surgiu de forma muito restrita, quando apenas delegaram-se competências para que os estados e municípios passassem a exercer funções ou atividades específicas. O que ocorreu, de fato, foi a desresponsabilização por parte do governo federal, ao invés de um processo de democratização de responsabilidades; a delegação de responsabilidades não foi acompanhada de recursos descentralizados e poder decisório.

A descentralização poderia ter contribuído para o processo de democratização, conforme preconizado nos ideais da Reforma Sanitária, se tivéssemos uma sociedade forte e participativa em prol de um modelo descentralizado de gestão que unificasse as diferentes instâncias políticas e a sociedade, sem favorecimento de interesses individuais. Só assim, poder-se-ia avançar no campo das políticas públicas. Porém, as “contrarreformas” da década de 1990 tiveram como um dos seus focos a reforma na gestão do Estado e, assim, estruturou-se uma reforma de Estado de fundo neoliberal, a qual, no que se refere às políticas sociais, adotou como elementos centrais a privatização, a descentralização e a focalização. O mercado como regulador gerou uma economia benéfica à austeridade fiscal do Estado (regulador e não executor)⁶⁰, permanecendo apenas algumas atividades sob sua responsabilidade, que vêm sendo executadas de forma descentralizada (desresponsabilizada), tendo como resultado, nesse processo, a privatização ou mercantilização dos direitos sociais.

Mas a grande preocupação é que esse processo de descentralização vem seguindo um receituário neoliberal que, em países como o Brasil totalmente heterogêneo em termos de desigualdades regionais, vem ocasionando a privatização dos serviços públicos. O que se presencia, na atualidade, é que quanto mais o estado descentraliza suas ações, mais se cria condições para o processo de privatização.

A consequência disso tudo é um processo de redefinição dos papéis do que seria um serviço público produzido antes pelo Estado e que, agora, vem passando para as

⁶⁰ Este item será abordado no tópico posterior.

mãos da iniciativa privada. As políticas públicas que vêm sendo desenhadas, a partir de então, vêm sendo construídas a partir das orientações e de documentos dos organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

Tem-se, assim, uma seguridade social fortemente tensionada pelas estratégias de extração de superlucros (...). Nesse contexto, a redução de direitos e limitação das possibilidades preventivas e redistributivas das políticas sociais alimentam o trinômio do neoliberalismo – privatização, focalização e descentralização (desconcentração e desresponsabilização), conforme podemos apreender em Behring (2010:157).

1.3.2. Regulação em saúde e seus dilemas em tempos de privatização do SUS

Em decorrência de tudo que já foi exposto, é necessário compreender a trajetória e as origens do SUS com a finalidade de contextualizar a relevância do tema da Regulação no interior do sistema de saúde brasileiro. Neste tópico, é feito um resgate sobre o conceito a fim de fundamentar nosso estudo.

Como já apontado anteriormente a Constituição Federal de 1988, a saúde, a previdência social e a assistência social, legitimadas enquanto direito social, passaram a integrar o sistema de Seguridade Social brasileiro, com vistas a materializar políticas condizentes com princípios mais justos e equitativos. Ou seja, ao incluir sob o mesmo tripé da Seguridade Social a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, a Assembleia Nacional Constituinte sinalizou para o núcleo central da proteção social brasileira, apontando para a viabilidade de mecanismos mais equitativos de financiamento e de modelos mais ágeis e flexíveis de gestão democrática (NOGUEIRA, 2001).

Na prática, para além de uma seguridade social restrita, o que tivemos foi apenas a sinalização de um modelo de Seguridade Social Brasileira, porque não houve a operacionalização de um sistema integrando Saúde, Previdência Social e Assistência Social, principalmente, no que tange à proposta orçamentária conjunta e à exigência de uma gestão unificada. Isso resultou de início, no trato diferenciado aos funcionários públicos e outras categorias profissionais no que se referia às novas formas de contratação e aos benefícios previdenciários. Na via jurídica, a garantia de proteção integral de direitos de todos e dever do Estado ficou restrita à Saúde; a Assistência

Social, como um direito não contributivo, ficou restrita a quem dela necessitar e a Previdência continuou como regime contributivo público, obrigatório para todos os trabalhadores brasileiros (WERNECK VIANNA, 1998).

Assim, embora a Constituição de 1988 tenha apontado para a concretização de uma Seguridade Social Brasileira, verificou-se que o sistema público foi se efetivando e sendo construído associado às reformas neoliberais⁶¹ que têm atacado os direitos sociais, visando seu desmonte, através de processos de universalização excludentes, de mercantilização e de rigidez no acesso aos referidos direitos sociais.

É nesse contexto que precisamos compreender o termo regulação que está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras e relacioná-lo à satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades. De acordo com Oliveira et. al. (2012), o termo regulação em saúde vem ocupando a cena por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação. De acordo com os autores citados o termo está relacionado à função do Estado de ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, ou seja, está correlacionado à superação de situações referentes à oferta de serviços de saúde. Assim a regulação possibilitaria a concretização dos objetivos do SUS por meio:

- Da garantia do direito à saúde;
- Ao acesso com eficiência, eficácia e efetividade;
- Prestação das ações e serviços de saúde com qualidade e suficientes às necessidades da população.

Porém, a efetivação dos objetivos do SUS não é uma possibilidade concreta para os governos eleitos após a constituição de 1988, já que foi no contexto das “contrarreformas” que surge o “modelo regulador”, ocorreu no mesmo contexto da aprovação da Reforma do Estado de Bresser Pereira, reforma que foi defendida pelos ideários do neoliberalismo trazendo à tona a questão da função regulatória da administração pública, se sustentou sob os pilares da descentralização administrativa – com a criação de agências autônomas (executivas e reguladoras) e organizações

⁶¹ Conforme Correia (2007), as “Reformas Neoliberais” são consideradas contrarreformas devido ao seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na realidade, são as contrarreformas do Estado exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos órgãos financeiros internacionais.

sociais; implementação de parâmetros gerenciais e melhoria no atendimento ao público⁶².

Frente ao exposto fica claro que as definições sobre regulação tem a ver com a nova função que o Estado brasileiro deveria desempenhar naquele momento deixando de intervir diretamente e passando a atuar indiretamente no domínio econômico, como agente normativo e regulador.

Conforme aponta Lima (2013), a regulação está mais associada com a questão da eficiência alocativa e o que importa é demonstrar que o papel do Estado está se modificando, assim a regulação nada mais é do que uma forma de propiciar eficiência econômica e está a serviço da própria economia. Questão que é bastante preocupante e que evidencia os limites da Política Nacional de Regulação⁶³ que foi organizada em três dimensões integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

Por esse caminho, a dimensão do processo regulatório poderia ser favorável para a implementação de uma rede de saúde mais integralizada e equitativa.

Porém o que vem sendo colocado em prática nessa modificação do papel do Estado é o estabelecimento de regras bem definidas para atuação dos mercados, sendo a análise de Netto (2001, p.25)⁶⁴ fundamental para entendermos a multiplicidade de funções do Estado na idade do monopólio e é nesse estágio do capitalismo que “as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções orgânicas”. Para o autor,

A necessidade de uma nova modalidade de intervenção do Estado decorre primariamente [...] da demanda que o capitalismo monopolista tem de um vetor extra econômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos. O eixo da intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios – e, para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções. (NETTO, 2001, p.25)

⁶² BRASIL. Presidência da República. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: 1995.

⁶³ Instituída por meio da Portaria n.1.559/2008.

⁶⁴ No livro Capitalismo Monopolista e Serviço Social, 3ª edição ampliada, Cortez, 2001.

Torna-se central refletir sobre o papel desse Estado regulador num contexto em que esse mesmo Estado vem desregulamentando direitos. Behring (2008) mostra o quanto a ideologia neoliberal vem impactando de forma regressiva os direitos sociais, cortando os investimentos sociais e deixando milhões de pessoas à sua própria sorte e “mérito” individuais – elemento que também desconstrói as identidades, jogando os indivíduos numa aleatória e violenta luta pela sobrevivência. (BEHRING, 2008, p.37).

Regular em processo de desregulamentação é uma das faces da contrarreforma que vem reduzindo direitos e as garantias conquistadas com a Constituição de 1988, cenário que colocou o Brasil, desde os anos de 1990, sob o ideário globalizante, em que se produziu e produz o mercado como regulador das relações sociais, diluindo a esfera pública, que representa o espaço de garantia de direitos sociais.

A Reforma do Estado instituída no Governo de Fernando Henrique Cardoso definiu a regulação como política do Estado. De uma parte, justificada pelo crescimento do setor privado, de outra, retirando do Estado a obrigatoriedade do exercício de políticas de seguridade social e, conseqüentemente, de promover políticas de saúde de caráter público e universal. De acordo com Lima (2013), a modificação do Estado Gestor para o Regulador significou desonerar o Estado de atividades diretas e a regulação como política governamental passou a interagir com agentes públicos e privados. Nas palavras de Behring (2003), foi nesse contexto que a condução neoliberal da política macroeconômica do governo de Fernando Henrique Cardoso iniciou uma série de “contrarreformas”⁶⁵ do Estado Brasileiro. Ocorreu um redesenho inteiramente na contramão dos preceitos constitucionais, transferindo funções e propriedade do público para o privado. “Transferência essa que possibilitou o redirecionamento dos capitais superacumulados do mercado financeiro para a economia real” (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016 p.179).

Nas reflexões de Behring (2008), o que se aprofundou pela via do discurso de “reforma” foi, na verdade, a implementação de uma contrarreforma conservadora e regressiva, representando “as aspirações das agências multinacionais cujo único

⁶⁵ Segundo Behring (2003), o termo reforma está sendo utilizado por diversos autores e por órgãos oficiais. Entretanto, considera-se que a denominação mais adequada é contrarreforma, pois as mesmas vão na direção da eliminação de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas.

objetivo era a implantação da chamada reforma gerencial, como aponta Netto do Estado mínimo para o social e do Estado máximo para o capital” (1993, p. 81 apud NETTO, 1996, p. 100).

Assim vemos que a reforma do Estado de Bresser Pereira (1996) era na verdade a “contrarreforma” do Estado e tinha como objetivo principal modernizar e racionalizar as atividades estatais, redefinidas e distribuídas em quatro setores: o núcleo estratégico, composto pelo legislativo, presidência e cúpula dos ministérios; as atividades exclusivas do Estado que são as ações de regulamentar, fiscalizar, regular, policiar, fomentar e definir políticas; a produção de bens e serviços para o mercado, que é composto por empresas que não cumprem papel estratégico e, portanto, devem ser privatizadas; os serviços não exclusivos ou competitivos do Estado, isto é, aqueles que podem ser realizados por instituições não estatais organizações não governamentais (ONGs), na qualidade de prestadoras de serviço. O Estado pode prover tais serviços, mas não os executa diretamente, nem executa uma política reguladora dessa prestação. Nesses serviços estão incluídas a educação, a saúde, a cultura e as utilidades públicas, entendidas como “organizações sociais” prestadoras de serviço que celebram “contratos de gestão” com o Estado.

A Contrarreforma afetou o setor saúde no quarto item relativo aos serviços não exclusivos ou competitivos do Estado. A proposta de reforma para este setor estava voltada para a assistência ambulatorial e hospitalar e deu-se em três ações:

- descentralização mais rápida, mantendo as três modalidades de municipalização da saúde-incipiente, parcial e semiplena;
- organização de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas, o primeiro denominado subsistema de entrada e controle, em que a porta de entrada era os postos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF) e o segundo, intitulado subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais - futuramente Organizações Sociais -, públicos não estatais e privados). “As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto”;
- montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS, para controlar despesas, avaliar qualidade, gerar

indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos. “Com indicativo de que esses dados fossem disponíveis em rede, possibilitando, assim, o controle da execução dos recursos” (Bravo & Matos, 2001: 208-209).

Merece destacar que a contrarreforma do Estado na saúde ficou evidente na Norma Operacional Básica (NOB/96), ao dividir o SUS em dois subsistemas – o Básico e o Hospitalar, o que foi estratégico para romper com o conceito da integralidade na saúde e priorizar a criação de programas como o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tendem a privatização, seletividade/focalização e descentralização, para o enfrentamento das expressões da questão social.

De acordo com Souza Filho (2016), foi nesse redesenho do aparelho do Estado que se introduziu conceitos, métodos e técnicas da gestão privada, ficando conhecida como proposta gerencialista ou gerencialismo⁶⁶ que tem como finalidade central a redução dos “gastos destinados às classes subalternas, para que mais recursos providos da riqueza social produzida sejam direcionados para o processo de acumulação capitalista” (SOUZA FILHO, 2016, p.138). E pela proposta do gerencialismo foi ocorrendo a transferência das funções da União para estados e municípios por uma lógica adversa ao que foi firmado no pacto constitucional de 1988. Momento em que diminuiu a ação do Estado para as funções que deveriam ser sua responsabilidade, com isso a reforma do estado definiu o destino da saúde para “serviços não exclusivos” e com “produção para o mercado” (SOUZA FILHO, 2016, p.180), facilitando a privatização sob o título disfarçado de “publicização” de hospitais, postos de saúde, escolas e outros serviços públicos às OS's.

Sendo fundamental apontar que é nesse contexto de contrarreformas que ganha visibilidade a discussão da regulação, a consideração dos projetos em disputa no SUS. Dentre os projetos em disputa já abordados anteriormente - projetos da Reforma Sanitária e Projeto Privatista -, merece destaque um terceiro projeto que é o da Reforma Sanitária Flexibilizada. Para Bravo (2013), como projeto que ganhou

⁶⁶ O gerencialismo, proposta hegemônica de contrarreforma administrativa, como uma das dimensões da contrarreforma do Estado, está diretamente vinculado ao projeto neoliberal (SOUZA FILHO, 2016, p.139).

visibilidade a partir dos governos petistas, trata-se da defesa de um SUS possível, a partir de novos arranjos institucionais e mecanismos gerenciais que caminham na contramarcha do projeto da Reforma Sanitária. Os defensores da Reforma Sanitária Flexibilizada ganham mais visibilidade a partir de 2008, quando passam a priorizar algumas agendas da Reforma Sanitária Brasileira, sem a preocupação com os princípios do SUS, sendo importante ressaltar que é justamente nesse período que algumas legislações reguladoras da área de saúde são criadas.

Levando em consideração as possibilidades de que a regulação pode contribuir para a efetivação dos objetivos do SUS, é importante abordarmos o debate sobre regulação. Diante da bibliografia e documentos consultados⁶⁷, é possível verificar que não há um padrão para a definição do termo, existindo uma série de diferentes conceituações. Nos dicionários da língua portuguesa, encontramos vários significados para regulação como: sujeitar as regras, dirigir, reger, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de regulamentos, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem, aferir, dentre outros.

No que se refere ao termo da regulação utilizado no setor da saúde no Brasil, temos diversos entendimentos, concepções e práticas. Na NOAS/SUS-2001, consta o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI), que pode ser traduzida como uma concepção bastante restrita de regulação, que estabelece o controle do acesso adequado à oferta de serviços, que induziu a iniciativa de controle do acesso do usuário e de adequação à oferta, o que gerou muitas normas e protocolos que podem dificultar e burocratizar o acesso. A NOAS/SUS-2001 submeteu, ainda, o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão. Dentre estas, destacamos:

- Regulação da atenção à saúde: que tem como objeto todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária;

⁶⁷ Magalhães Júnior (2006); Vilarins (2012); Mota Lima et al. (2013); NOAS (2001), dentre outros.

- Regulação do acesso: que estabeleceu ações e meios para a garantia do constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros;
- Regulação assistencial: esta foi definida no Pacto pela Saúde⁶⁸, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso aos mesmos.

Nas modalidades de gestão enumeradas, segundo Magalhães Júnior (2006), a regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Assim, ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, nas linhas de cuidado e nos fluxos assistenciais definidos anteriormente, a regulação exerce a função de orientar processos de programação da assistência, bem como a implementação e o planejamento das ações necessárias para melhorar o acesso.

Os princípios orientadores do processo de regulação foram definidos no Pacto pela Saúde, quando ficou estabelecido: - que cada prestador responda apenas a um gestor; - que a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede de assistência pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando é preciso observar o termo de compromisso de gestão do pacto, sendo central o respeito aos princípios da descentralização, municipalização e comando único; - a busca da escala adequada e da qualidade; - a complexidade da rede de serviços do município ou região; - a efetiva capacidade de regulação; - a organização da rede estadual da assistência à saúde e a prioridade do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

Desta forma, a regulação assistencial, denominada também como regulação do acesso, 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

⁶⁸ O Pacto pela Saúde é resultado de lutas em defesa do SUS e tema das Conferências de Saúde. Pode ser definido como um esforço das esferas municipal, estadual e federal para, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. Como objetivo principal tinha-se o propósito de avançar na implantação dos princípios constitucionais referente à saúde. As diretrizes operacionais do Pacto em Saúde podem ser conferidas na portaria do Ministério da Saúde nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006.

respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. 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 (BRASIL, 2008).

A regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade tem como objetivo a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Os principais sujeitos são os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal (SHILLING; REIS; MORAES, 2006). E suas principais funções são as ações de contratação, de controle, de regulação do acesso à assistência, de avaliação da atenção à saúde e de auditoria. (VILARINS, 2012, p. 641).

Na reflexão de Vilarins (2012), a Regulação está entre os vários instrumentos de gestão utilizados pelo SUS e precisa ser tratada com maior relevância. Por ser um mecanismo de equilíbrio entre oferta e demanda, ela pode facilitar a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população e, com isso, garantir acesso de qualidade.

Para a referida autora, esse instrumento de gestão pode tornar-se um potente equalizador social do sistema de saúde para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções; “a regulação assistencial” promove a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão” (VILARINS, 2012, p. 641). Para sua operacionalização, vem sendo utilizadas estratégias de organização, através de centrais de regulação. Como apontado na introdução desse trabalho, foi com a Política Nacional de Regulação, que houve a regulamentação de todo e qualquer procedimento de marcação de consulta; exames e internação, necessários muitas vezes para garantir a integralidade nos cuidados de saúde da população.

Apesar de avanços, esse processo segue de forma lenta, como aponta Pinto (2016), a estrutura institucional, denominada também como “federalismo sanitário brasileiro”, vem trazendo várias questões desafiantes para os gestores dos três níveis de governo no âmbito político administrativo, começando pelas enormes “diferenças geográficas de estados e municípios”. Ressalta, por exemplo, as enormes diferenças

entre os “estados de Minas Gerais, com 853 municípios, Rio de Janeiro, com 92 e Roraima, com apenas 15”.

Ao notarmos que o acesso dos usuários aos serviços do SUS permanece não equânime, realidade que pode ser percebida nas longas filas virtuais nos serviços públicos de saúde e que são noticiadas diariamente nos meios de comunicação, é que percebemos os problemas decorrentes da gestão pública em saúde; associa-se a isso, a não aplicabilidade dos conceitos de regulação na prática vigente das políticas públicas em saúde.

Assim, apesar de se constituir legalmente como um instrumento estratégico de gestão, faz-se necessária, diante da realidade vivida pelos trabalhadores/usuários com relação ao acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, ter uma visão crítica do que foi estabelecido como avanços na legislação da saúde, pois apesar dos avanços, com o ideário neoliberal, é notório o ataque às políticas sociais e a consequente distância entre legal e real. Uma tarefa que exige identificar as fragilidades e potencialidades na regulação em saúde e pensá-la no contexto dos princípios norteadores do SUS e não como forma de racionalização dos recursos existentes, que é como os defensores do ideário neoliberal defendem.

Para efetivação e operacionalização da Regulação, vem sendo utilizada uma ferramenta para regular o acesso dos sujeitos entre os diferentes níveis de atenção da saúde que é o Sistema de Regulação de Vagas (SISREG)⁶⁹. Este sistema, desenvolvido por meio do Departamento de Informação do SUS - Ministério da Saúde em 2001 (BRASIL, 2006), é um sistema online criado para o gerenciamento da marcação de consultas, exames, procedimentos de média e alta complexidade, internações e cirurgias. Segundo o Ministério da Saúde⁷⁰ tem como objetivo controlar e organizar o fluxo dos usuários nos serviços de saúde, garantindo o acesso em tempo hábil, além de otimizar a utilização dos recursos e humanizar o atendimento.

Como ferramenta fornecida pelo Ministério da Saúde de forma gratuita, não é de uso obrigatório e sim sugestivo. Contém possibilidades de gerenciar todo o complexo regulatório, desde a atenção primária de saúde até a internação hospitalar

⁶⁹ Abordaremos as particularidades da implementação do SISREG no Rio de Janeiro no próximo capítulo dessa dissertação.

⁷⁰ Portal da Saúde. Disponível em <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretariasq1039-sas-raiz/drac-raiz/cgra/l1cgra/14550-sisreg>. Acesso em 11 de junho de 2019.

visando à humanização, além de contribuir para a organização dos serviços de saúde de modo a evitar a duplicidade de ações para demandas idênticas. Para o Ministério, a criação de um sistema nacional de regulação pode representar grande potencial de otimização dos recursos existentes. O Ministério da Saúde disponibiliza dois módulos de regulação. O ambulatorial consiste em disponibilizar e regular as vagas para as consultas ambulatoriais especializadas e para realização de exames complementares; o módulo de internação é destinado à regulação de vagas de urgência e emergência e para internação hospitalar.

Conforme já assinalado anteriormente e, também, por não ser de uso obrigatório, a implantação do SISREG é bastante diversificada nos estados e municípios brasileiros e só teve maior adesão a partir de 2008, ano em que foi criada a Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). O processo de descentralização/municipalização também alavancou o processo de adesão ao SISREG, onde muitas ações e serviços de saúde que estavam sob a gestão dos estados foram sendo transferidos para os municípios. Mas, de acordo com MOTA LIMA et. al. (2013), cabe ressaltar, que esse processo gera a necessidade de refletir sobre o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que assumem as funções de coordenadoras, articuladoras e de reguladoras do sistema de saúde, especialmente, quando abordamos a necessidade da organização integrada das ações e serviços. Para o autor, há muitas dúvidas ainda sobre o papel e qual o limite da atuação de cada um dos entes federativos, mas é central que os entes do município e do estado atuem cooperativamente e exerçam sua função de regulador do sistema. Sendo responsabilidade do gestor estadual, garantir o acesso a ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades da população, traçando padrões de qualidade com eficiência e com base nos princípios da integralidade e equidade.

Entretanto, o que vemos na prática é um processo de regulação incipiente, tornando-se oportuno a necessidade de compreender como vem se dando a natureza dessa regulação, seus avanços e limitações, como está o financiamento da oferta de serviços, as modalidades de assistência e suas redes e a complexidade dessas relações, considerando a Atenção Primária de Saúde como porta de entrada do SUS.

Assim, compreender o SISREG e como vem sendo implementado e operacionalizado no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização

pela atenção primária de saúde, no período de 2012 a 2018, é um começo e um desafio, já que esse sistema não se encontra totalmente desenvolvido, uma vez que a implantação que vem sendo impulsionada pelo Ministério da Saúde, desde 2001, data de uma época recente no Rio de Janeiro, sem contar que a expansão da APS na cidade carioca tem particularidades que serão apresentadas no próximo capítulo. Por outro lado é um desafio, diante da falta de transparência com relação ao funcionamento de um sistema público, que interfere na vida de todos, o que dificulta o estudo do sistema, situação agravada por exigências descabidas e pela burocratização e morosidade de aprovação dos projetos de pesquisa nos Comitês de Ética em Pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais, submetida às mesmas exigências das ciências biomédicas. Como afirma Castro Santos, já era inadiável, em 2014, propostas para o desenvolvimento do campo científico no Brasil, livres “de injunções burocrático-autoritárias impensáveis nos dias de hoje” ⁷¹

⁷¹ As reflexões realizadas pelo professor pesquisador Luiz Antonio de Castro Santos sinalizam parte do calvário dos pesquisadores brasileiros para realização de pesquisa nas instituições públicas. Ver: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/uma-critica-aos-atuais-comites-de-etica-na-pesquisa-no-brasil/>

2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Nesse capítulo abordaremos especificamente a reorganização da política de saúde no município do Rio de Janeiro, centrando no contexto da reorganização da atenção primária de saúde na capital carioca, suas particularidades e a opção pela ampliação do acesso pela via privatizante. Num primeiro momento faremos um breve resgate sobre a Atenção Primária em Saúde. Em seguida, será apresentado um recorte sobre a Rede de Atenção Primária no Brasil, com elementos que elucidam a APS carioca para, logo após, apresentarmos uma breve análise da reorganização da APS na capital carioca.

Por fim, apresentaremos, ainda nesse capítulo, os resultados da nossa pesquisa que tem como objetivo geral “analisar o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela APS, no período de 2012 a 2018”. Faremos, também, um breve resgate sobre os pressupostos metodológicos, o percurso inicial e cheio de dificuldades para realização da pesquisa e, posteriormente, serão apresentados os dados coletados e uma reflexão sobre a importância desse debate para o Serviço Social.

2.1. A Atenção Primária em Saúde

Para fundamentar a discussão sobre a reorganização da APS no município do Rio de Janeiro, inicialmente, será preciso fazer um breve resgate sobre o conceito de redes regionalizadas, uma vez que o referido conceito foi decisivo para as propostas desistemas de saúde em diversos países, inclusive no Brasil.

O marco da discussão sobre APS está no Relatório Dawson, de 1920, onde foi proposta uma nova organização para o sistema de saúde do Reino Unido, correlacionando a medicina preventiva com a medicina curativa, hierarquizando a coordenação através de três níveis: centros de saúde primários, secundários e hospital

escola. Segundo diversos estudiosos⁷² sobre a temática, até a atualidade, esse documento surpreende no que tange à sua abrangência e profundidade, objetivo que só poderia ser alcançado numa relação estreita entre a medicina preventiva e a medicina curativa.

O Relatório Dawson tinha como objetivo central a preocupação de como garantir acesso com equidade e integralidade a toda população. Foi daí que veio a estratégia de organizar as ações e serviços de saúde em redes, a partir de grandes territórios, como comando único de direção, pela via da territorialização. Partiu desse relatório a preocupação com a “porta de entrada dos serviços”, com médicos generalistas operando na área primária, sendo interligados ao nível secundário, onde eram ofertados os serviços especializados e, quando necessário, o paciente seguia para acompanhamento no setor terciário. O mais importante é que tudo funcionava de forma interligada, num fluxo integrado.

Na análise de MonKen e Barcellos (2005), a territorialização introduzida no Relatório Dawson continua sendo um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em saúde em uma delimitação espacial previamente determinada⁷³. Faz parte da RAS, a organização das unidades regionais definidas a partir das relações socioeconômicas, culturais e sanitárias, delimitando uma determinada população, que deve ser resolutiva no sentido de identificar riscos, vulnerabilidades, necessidades e demandas de saúde da população da área de abrangência, devendo utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2008).

Foi somente no contexto de pós-guerra, com a promulgação do Relatório de Beveridge, em 1942, que o Relatório de Dawson ganhou importância. Foi imprescindível para a criação do National Health Service (NHS) na Inglaterra e influenciou a organização dos serviços de saúde em vários países.

Esteve na direção da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos anos de 1970, o médico Halfdan Mahler que tinha em seu currículo experiência em saúde pública em países subdesenvolvidos, sem contar que o contexto político da social democracia

⁷² Como Starfield (2002); Giovanella (2012); Castro (2009); Kuschnir e Chorny (2010), dentre outros.

⁷³ Territorialização desconsiderada na PNAB 2017, onde passou a valer as “questões de vulnerabilidade do território”.

da época foi decisivo para a crítica sobre a verticalização dos modelos de saúde da OMS e o modelo médico hegemônico centrado na especialização. Assim, em 1976, Mahler lança a meta de – Saúde para todos no ano 2000.

Como marco, tivemos em 1978 a Conferência Internacional sobre APS, organizada pela OMS, na cidade de Alma-Ata, que teve a participação de 134 países e mais de três mil delegados. Foi nessa Conferência que a APS passou a ser considerada a principal estratégia para se garantir um avanço na saúde, com desenvolvimento e justiça social. Assim, há mais de 50 anos,

a Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais; [...] destaca que a realização dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, assim como para a meta Saúde para Todos no Ano 2000: o alcance de um nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 497).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), foi na Conferência de Alma-Ata que a APS passou a ser entendida como atenção à saúde essencial, com tecnologias apropriadas e custo benefício favorável, como o primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientada por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser universal, com plena participação da população e com foco na proteção e promoção da saúde. O destaque foi para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de se abordarem os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, com políticas de desenvolvimento inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação condizente para se poder alcançar a equidade em saúde.

Foi uma concepção de APS bastante abrangente, o que foi discutido em Alma-Ata, com apontamentos dessa porta de entrada ter a função central do sistema de saúde. Sem contar a preocupação com os custos crescentes da assistência médica, priorizar a APS traria elevada relação custo-benefício. Porém, essa concepção de APS encontrou barreiras e foi criticada pelo Banco Mundial e agências internacionais, com a justificativa de que eram muito abrangente e pouco propositiva. Foi assim que estas

agências⁷⁴ influenciaram na proposta de uma *APS seletiva*, direcionada a controle de doenças em países pobres e executada através de um pacote de serviços de baixo custo, concepção que foi muito difundida na América Latina e tem influências até os dias atuais.

Merece ainda destaque que a discussão de APS mais abrangente permaneceu presente entre os movimentos sociais e de trabalhadores que defendiam a saúde como direito humano e numa concepção ampliada, como, por exemplo, merece destaque a carta dos Povos pela Saúde, publicada em 2000 na Assembleia de Saúde dos Povos que ocorreu em Bangladesh, tendo ampla participação de representantes da sociedade civil de mais de noventa países.

Em 2008, comemorando os trinta anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS lançou o relatório “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca”. Nesse documento, apontou-se a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não como um programa de pobre para pobres, mas respeitando a integralidade, a cobertura universal e a participação social.

Starfield (2002), em seus estudos, aponta a APS como o primeiro nível de acesso à saúde, precisando estar acessível a todos, mas não podendo se restringir apenas a esse nível; faz-se necessário a articulação e coordenação do cuidado nos demais níveis, conciliando e integrando as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, o que garante a longitudinalidade e o cuidado integral. Devendo ainda ter como centralidade a família e não o indivíduo, a partir do conceito de comunidade, o que está relacionado às necessidades coletivas de saúde e à participação da população nas decisões.

Para abordarmos a complexidade da “Atenção Primária de Saúde” e diferenciá-la da atenção básica, é importante resgatar o que aponta Starfield (2002), que se baseia em quatro atributos essenciais e três derivados, que são:

1. Acesso de primeiro contato que pode ser explicado como acessibilidade e utilização do serviço de saúde como promotor de cuidado a cada nova situação ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, exceto em casos de urgência/emergências médicas;
2. Longitudinalidade que é a existência de uma fonte continuada de atenção, bem

⁷⁴ Dentre estas podemos citar a Fundação Rockefeller e a United Nations Children’s Fund (UNICEF).

como sua utilização ao longo do tempo;

3. Integralidade que é a lista de serviços disponíveis e prestados pelos serviços de Atenção Primária, ações que os Serviços de Saúde devem oferecer para que a população receba atenção integral, tanto do ponto de vista de caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequados ao contexto desse nível de atenção, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, o que inclui o referenciamento para outras especialidades médicas e não médicas, hospitais, entre outros;
4. Coordenação do cuidado, o que pressupõe a continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços, e a integração deste cuidado pensando o indivíduo de forma global.

O quarto atributo que é a coordenação do cuidado é fundamental para a concretização dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade e a integralidade seriam dificultadas e a função de *primeiro contato* tornar-se-ia um atributo puramente administrativo; nem todas as ações de saúde podem ser desenvolvidas na atenção primária, por este motivo, é necessário referenciá-las a outros serviços (STARFIELD 2002).

Os desafios da coordenação e subdivisão dos mesmos em três aspectos são apontados por Starfield (2002).

- No próprio estabelecimento de saúde, quando os usuários são vistos por vários profissionais e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes locais (incluindo laboratórios e clínicas);
- Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração;
- Com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um problema específico.

Pensar a coordenação do cuidado pela APS é pensar também, dentre outros aspectos, a questão da resolatividade e dos encaminhamentos para outros

especialistas. Assim, a coordenação deve estar sempre aberta e preparada para acolher e realizar o tratamento até onde for possível, e se não conseguir responder às necessidades de saúde do sujeito, precisará se responsabilizar por direcioná-lo aos serviços de saúde. É preciso articular as ações de prevenção, promoção, tratamento, vigilância à saúde, cura e reabilitação.

Quanto à resolutividade, a APS precisa responder por uma média de 80% das necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e direcionar ao especialista, ou para exames complementares, apenas os casos que não podem ser solucionados na atenção primária. É necessário, também, que as equipes sejam compostas por profissionais de diferentes formações, com possibilidades de se alcançar atuação multi/interdisciplinar e com foco na população; nesse quesito, é fundamental que *os usuários se vejam enquanto sujeitos no processo saúde-doença*.

Com essa breve reflexão, é possível compreender que a Declaração de Alma Ata contribuiu para que os governos nacionais formassem políticas de saúde, com estratégias e planos de ação para implementarem a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral, abrangente e em coordenação com outros setores, mobilizando diversos sujeitos políticos e recursos.

Na atualidade, e na contramão de Alma Ata, tivemos a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, em 2018, que teve como objetivo principal renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (UHC – universal health coverage). Esse termo – UHC - vem sendo considerado ambíguo pelos estudiosos da APS, consequentemente, tem ocorrido diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades de saúde governamentais e da sociedade civil, especialmente, nos países periféricos, como é o caso do Brasil.

A perspectiva de cobertura universal foi amplamente difundida no período de 2004-2010, por meio relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o BM, o que direcionou uma série de diretrizes das reformas pró-mercado, dentre as quais, tivemos: redução da intervenção estatal; subsídios à demanda; seletividade e focalização nas políticas de saúde, dentre outras.

Esse debate ganhou mais visibilidade em 2010, quando o relatório da OMS apontou a necessidade de se aprofundar no debate sobre “Financiamento dos Sistemas de Saúde – O Caminho para a Cobertura Universal”; a partir daí, a trajetória de UHC

vem colocando em evidência a cobertura financeira, o que é bem distinto de se garantir o direito universal à saúde. Cobertura financeira pode ser confundido com seguro, o que não garante acesso quando precisar e, muito menos, equidade. Desta forma, na concepção da UHC, o direito à saúde se restringe à cobertura de uma cesta de serviços⁷⁵ bem restrita, reconceituando a APS como seletiva, o que é antagônico à concepção abrangente que foi pactuada em Alma Ata.

2.1.1 Breve análise da Atenção Primária em Saúde no Brasil

Num recorte a partir dos anos de 1970, o Brasil vivenciou dois ciclos da APS. Na análise de Mendes (2002), tivemos como primeiro ciclo o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e, como segundo ciclo, a Medicina Comunitária, que representou a expansão do programa. Para o referido autor, as ações proporcionaram a ampliação dos serviços de saúde pública no país. O terceiro ciclo ocorreu na década de 1980, com o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinha como foco a reorganização institucional da assistência à saúde; programa que antecede o SUS, quando já estavam presentes os princípios básicos do SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização com participação social, planejamento e controle do setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo também os serviços filantrópicos e privados. O SUS pode ser identificado como o quarto ciclo da APS e o quinto pode vir representado, no ano de 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) (MENDES, 2002).

Partindo do contexto acima, a APS ganhou maior reconhecimento a partir dos anos de 1990, porém ocorreu no mesmo contexto em que se ganha destaque a agenda neoliberal, garantindo e fazendo com que o subfinanciamento fosse marcante na política de saúde e a APS sendo implementada pela via seletiva e focalizada.

O PACS criado em 1991 pode ser um dos exemplos mais marcante de APS seletiva no Brasil⁷⁶, com uma equipe mínima formada apenas por ACS e supervisionada

⁷⁵ Ou “carteira de serviços”, como é o caso da cidade do Rio de Janeiro, proposta que os idealizadores pretendem expandir para o Brasil inteiro.

⁷⁶ Com o desmonte da PNAB em 2016, outros exemplos de APS seletiva são marcantes na atualidade e serão abordados posteriormente.

pela equipe de Enfermagem das unidades básicas de saúde; tinha como meta o combate e controle a endemia de cólera e demais diarreias, com uso apenas de reidratação oral quando necessário e orientações sobre a agenda de vacinação.

Para Giovanella e Mendonça (2012), foi só com a diminuição da cobertura médico-sanitária, que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) passaram a receber capacitação para desenvolver novas ações como: diagnóstico comunitário; cadastramento da população; identificação de área de risco e promoção à saúde da criança e da mulher, seguindo relação direta com as orientações do Banco Mundial para as ações em saúde consideradas essenciais.

O PSF, criado em 1994, considerado seletivo, foi implementado principalmente em municípios pequenos, onde não havia possibilidade de garantir o cuidado longitudinal aos demais níveis de atenção. Era basicamente formado por equipes multiprofissionais, com médico generalista, enfermeiro e técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Em 1995, o PSF foi prioridade no governo de FHC, sendo uma das plataformas do Ministério da Saúde⁷⁷, por ter um caráter inovador e com chances de dar visibilidade política à sua gestão. Foi assim que, nos anos subsequentes, o programa passou a ser bastante divulgado pelo Ministério da Saúde, como principal estratégia de estruturar os sistemas municipais de saúde, a partir da APS.

O PSF teve sua expansão garantida na NOB 96, que alterou o financiamento do governo federal aos estados e municípios, pela via do PAB (fixo e variável), impactando consideravelmente os indicadores de dados epidemiológicos.

Para Giovanella e Mendonça (2012), o PSF contribuiu para a implementação do SUS, uma vez que, ao fomentar a articulação entre comunidade e serviços de saúde, expressavam a participação popular e as necessidades de saúde da população. Contudo, foi somente em 1997, quando a APS passou a ser discutida de forma mais abrangente, incluindo aí a ESF, é que esse modelo passou a ser discutido como possibilidade de reorientação do modelo assistencial de saúde. Um dos diferenciais do ESF naquele momento tinha relação com a ampliação da equipe multiprofissional, incluindo: o médico generalista; enfermeiro; técnico de enfermagem

⁷⁷ Sendo na época Ministro – Adib Domingos Jatene, médico formado pela USP, ocupou o cargo pela segunda vez, ficou reconhecido por aprovar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

e ACS, além das propostas em se garantir que a atuação intersectorial da APS não ficasse restrita apenas ao primeiro nível de atenção e com criação de possibilidades de ações considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Foi a partir de 1996, que se teve uma incorporação do termo Atenção Básica (AB) nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Segundo Melo (2012), essa mudança visava combater as críticas sobre o PSF ser um programa verticalizado e paralelo às demais ações em saúde, desta forma, passou a divulgá-lo como estratégia de alavancar o SUS e como porta de entrada do sistema de saúde, caracterizando-o como forma de integrar e promover as atividades de saúde em um território, identificando-o como modelo substitutivo da rede básica nacional. Desta forma, o Ministério da Saúde passa a enfatizar e a concentrar o financiamento para a necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. O que fica claro nessa estratégia é que, no Brasil, a AB ficou reduzida a apenas o PSF, independentemente de haver nos documentos oficiais a perspectiva mais abrangente de APS; mas, na prática, isso não ocorreu.

Na primeira década dos anos 2000, a ESF já contava com uma cobertura nacional em torno de mais de 30%, apontando questões sobre como expandir a estratégia para os grandes centros urbanos, principalmente, nas regiões do sudeste e sul do Brasil. Esta expansão da ESF ganhou centralidade na agenda política das gestões de Lula (2003-2006 e 2007-2010), sendo referenciada nos principais documentos do Ministério da Saúde, dentre os quais podemos citar:

- Plano Plurianual Setorial (PPA) de 2004-2007;
- Pacto pela Vida de 2006;
- Política Nacional de Atenção Básica de 2006;
- Plano Mais Saúde: Direito de Todos de 2008-2011.

É importante destacar, ainda, de acordo com Castro e Fausto (2012), que nas gestões petistas ocorreram algumas ações que fortaleciam e destacavam a APS, com incentivo à expansão das equipes nos grandes centros urbanos; com incorporação de novos profissionais às equipes ESF⁷⁸; com ações voltadas para o fortalecimento das

⁷⁸ Uma marca da incorporação de novos profissionais na ABS iniciou-se em 2001 com a Política Nacional de Saúde Bucal, que ficou conhecida como Brasil Sorridente – foi nesse momento que se incorporou o cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal nas equipes ESFs.

ações de monitoramento e avaliação e iniciativas junto às instituições educacionais para mudanças na formação dos profissionais, voltadas para a APS. Importante destacar que, dados do Ministério da Saúde em 2015⁷⁹ (Gestão da petista Dilma Rousseff), havia ESF implantada em 5.463 municípios brasileiros, atingindo mais de 60% de cobertura da população brasileira.

Na PNAB de 2006, fica referenciado que Atenção Básica em Saúde (ABS) é sinônimo de APS, Política que foi reeditada, em 2012, definia como principal coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com as seguintes diretrizes norteadoras: ser porta de entrada preferencial para outros serviços de saúde, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Um dos grandes marcos no incentivo à contratação de novos profissionais especialistas na Atenção Primária de Saúde ocorreu em 2008, com o objetivo de tornar a porta de entrada do SUS mais resolutiva; assim, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A partir criação dos NASFs, incluiu-se outros profissionais de saúde para atuar em conjunto com as equipes ESF. Dentre os principais profissionais, podemos citar: Fisioterapeutas; Psicologia; Nutricionistas; Assistentes Sociais e outras especialidades médicas como Ginecologistas, Geriatras e Psiquiatras.

Este marco não pode ser apresentado sem tecermos críticas, uma vez que esse aumento de investimentos na APS, com consequente ampliação no número de unidades de atenção básica pelo país, não ocorreu de forma coordenada e não veio acompanhado de ampliação nos demais níveis de atenção, o que gera atendimento restrito e não longitudinal na porta de entrada do SUS. Era necessário haver uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), que realmente funcionasse de forma integralizada, mas isso não ocorreu; por isso a importância de se analisar o SISREG, já que as grandes filas que se formavam nas portas dos serviços de saúde, passaram a ocorrer de forma virtual⁸⁰.

Outra crítica que precisa ser feita, refere-se à forma de contratação desses profissionais, a maioria pela via da terceirização, onde temos o Rio de Janeiro como exemplo emblemático, sem contar a lógica de mercado estabelecida no ESF, onde

⁷⁹ Dados extraídos da Secretária da Atenção à Saúde, 2016.

⁸⁰ Aprofundamento desse item que é nosso Objeto de investigação será apresentado nos próximos tópicos.

resolutividade é confundida com metas, deixado de se dar atenção à qualidade das situações em acompanhamento.

Importa ainda reconhecer que a expansão da APS, incluindo aí a ESF, aconteceu de forma desigual nos diferentes estados da nação brasileira, tanto no que se refere aos períodos de implantação, como também nas formas de gestão. Alguns municípios, como é o caso do Rio de Janeiro, priorizaram a transferência da gestão da rede básica de saúde para as Organizações Sociais (OSs), contratando os profissionais pela via de contratos precários e deixando de investir nos concursos públicos.

Estes apontamentos, que estão em curso na atualidade, caminham contrários aos ideais do SUS e focalizam as ações de saúde para a população de baixa renda, sem contar a constante ampliação da mercantilização na saúde, que coloca em xeque os princípios do SUS, que vem sendo orientado por uma flexibilização do princípio da universalidade⁸¹.

Como bem pontuou Bravo (2009), era esperado, a partir de 2003, com a vitória de Lula, o fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária, porém, na prática, foram sendo implementadas políticas focais, com falta de democratização do acesso e articulação com lógica mercantil, o que vem gerando desqualificação e precariedade na oferta dos serviços de saúde à população, cabendo destacar que, na segunda gestão do governo Lula e no governo de Dilma, tivemos a continuidade do desmonte do SUS via restrição continuada de recursos (subfinanciamento) e opção pela subordinação das políticas sociais à lógica econômica. Desmonte que seguiu sem freios no governo ilegítimo de Temer, quando, em 2016, congelou por 20 anos, através da Emenda Constitucional 95, os investimentos na Saúde, sob a falácia de que era medida necessária para equilibrar as contas públicas.

Em 2019, Andreazzi e Bravo seguem nas análises sobre o desenvolvimento das políticas sociais, apontando o quanto o Banco Mundial influenciou e influencia no desenvolvimento da política de saúde, tendo como principais propostas no momento, para corte de gastos, a redução de hospitais de menor porte e a expansão das gestões

⁸¹ Como se isso fosse possível, vem se investindo numa lógica de flexibilização do universalismo. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apontam que essa lógica está orientada pelas regras do mercado e que só pode ser garantida na exploração da doença para aumento dos lucros. Não é interesse dos defensores do Projeto Privatista a defesa da vida e da Saúde de forma ampliada; importa sim a maximização do lucro através de uma política genocida centrada na doença.

por OS. No estudo, já sinalizavam que, no governo Bolsonaro, sua opção pelo ultraneoliberalismo seguirá como a principal tendência de alinhamento com o Banco Mundial e a total ampliação de ações para crescimento do setor privado de saúde e desmonte do SUS.

Recentemente, Bravo⁸² (2020), apontou o quanto esse desmonte vem sendo acelerado, mesmo em contexto de enfrentamento da Pandemia do Covid 19, e o que se observa é um ataque continuado ao SUS, com um Ministério da Saúde que defende a inviabilidade do sistema universal e gratuito, apostando num processo de desmonte continuado e condizente com o “Projeto de SUS totalmente submetido ao Mercado”.

Nessa mesma direção de análise, Vasconcelos (2012), já apontava que o SUS vem sendo implantado e implementado, após a Constituição de 1988

sem a superação de duas questões que a legislação indica como essenciais: a do **“Modelo Médico Assistencial Privatista”** centrado no hospital/médico/doença e a da subserviência da área da saúde aos interesses do **Complexo Médico Industrial** (CMI). Assim, à revelia da legislação e contrariando todas as indicações do SUS, o modelo médico assistencial, ignorando a saúde, continua centrado no médico e no hospital, onde tudo converge para a doença (VASCONCELOS, 2012, p. 532-533).

Fica claro para Vasconcelos (2012) que é neste contexto do SUS real que a aplicação dos recursos na saúde não objetiva a garantia da saúde da população; vem respondendo sim aos interesses do mercado. E é permeada por essa lógica que se organiza a RAS no Rio de Janeiro. Dados do CNES demonstram que a ampliação de contratação de serviços de diagnósticos na área privada passou de 274 em 2012, para 733 em 2017. Esse aumento alarmante de contratação de serviços privados e conveniados ao SUS nos anos de 2012 a 2017 já demonstram um dos problemas presentes na fila do SISREG na capital carioca e que trataremos mais adiante.

2.2. As particularidades do processo de municipalização no Rio de Janeiro e o reordenamento da Atenção Primária de Saúde

Para iniciar esse tópico, é fundamental que seja esclarecido que constava no

⁸² Discussão realizada em 28/10/2020 na Live Encontro em defesa do SUS – “O que falta para ter o SUS que desejamos?”, com Lígia Bahia e Maria Inês Souza Bravo, promovida pela Liga de Saúde Coletiva LASC-USP. Disponível em: <https://youtu.be/NvpS4jp8rz8>

projeto de pesquisa submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa a utilização de fontes documentais que seriam realizadas na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, visando resgatar o histórico da reorganização da APS. Porém, não foi possível, até a data de finalização dessa dissertação, pelo fato do projeto ter caído em exigências descabidas e burocráticas por parte do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, mesmo após ter tido Parecer Favorável num longo e moroso processo para aprovação no Comitê interno da UERJ. Desta forma, as informações referentes à contextualização descrita abaixo estão respaldadas em pesquisas bibliográficas e em dados públicos disponibilizados em meio eletrônico.

Abordando especificamente a trajetória da Política de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, podemos destacar que o processo de municipalização na cidade do Rio de Janeiro foi o mais lento do país. Segundo Campos et al. (2016), esta situação pode ser explicada pela existência de inúmeros serviços federais e estaduais de vários tipos. Com relação aos antigos Postos de Atendimento Médico da Previdência Social (PAM), ocorreu um processo inverso. Estes foram estagnados e esvaziados, passaram por um período de abandono e decadência, seus dirigentes perderam prestígio e sua municipalização foi acontecendo num lento processo de transferência ao poder municipal. Tal lentidão foi resultado, não somente dos conflitos políticos entre o nível federal e municipal, mas, também, porque eram unidades grandes demais para serem absorvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sem contar que havia indefinição do papel desta rede no SUS e o orçamento da saúde previdenciária no Rio de Janeiro era muito superior que o da SMS.

De acordo com Olivar (2006), o processo de municipalização da saúde na cidade do Rio de Janeiro, após Constituição de 1988, deu-se em três períodos diferentes:

- O primeiro ocorreu em 1995 com a municipalização de unidades federais de saúde que transferiu para a prefeitura do Rio de Janeiro a gestão administrativa dos seguintes postos de saúde: Posto de Atendimento Médico (PAM) Botafogo; PAM 13 de Maio; PAM Henrique Valadares; PAM Praça da Bandeira; PAM Méier; PAM Del Castilho; PAM Ramos; PAM Penha; PAM Irajá; PAM Madureira; PAM Bangu; PAM Deodoro; PAM Jacarepaguá; PAM Campo Grande; PAM Ilha do Governador; Maternidade Praça XV; Maternidade Carmela Dutra; Maternidade Alexandre Fleming e Maternidade Leila Diniz. Na ocasião, o único PAM não

incluído foi o São Francisco Xavier, que ficou sob a responsabilidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

- O segundo período ocorreu, em março de 1999, quando foi assinado o Termo de Cessão de Uso dos quinze PAMs e das quatro maternidades pré-municipalizadas, em 1995, e, também, da Colônia Juliano Moreira. No documento foi incluído, além da transferência para a responsabilidade da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) repassava também a transferência da Direção e Gerência Técnica e Científica, Administrativa e Financeira das unidades e os respectivos imóveis.
- O terceiro período ocorreu, também em 1999, quando houve o processo de municipalização de unidades federais de saúde do Rio de Janeiro, quando foram municipalizados oito hospitais: Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Geral do Andaraí; Hospital Geral da Lagoa; Hospital Geral da Lagoa; Hospital Geral de Ipanema; Hospital Raphael de Paula Souza (Curicica); Instituto Philipe Pinel; Hospital da Piedade e Hospital Geral de Jacarepaguá (Cardoso Fontes).

O que se constata é que o processo de municipalização no Rio de Janeiro não foi um processo que ocorreu de forma planejada e coordenada. Segundo Olivar (2006), ocorreram descontinuidades e tudo ocorria sem critérios uniformes o que acabou em intervenção da União na rede de saúde do Rio de Janeiro. Assim, é importante ressaltar que o processo de municipalização não foi acompanhado por uma adequação da rede de saúde, de acordo com o que se exigia no Sistema Único de Saúde – SUS, diante da presença da cultura municipal herdada do período em que o Rio de Janeiro era Distrito Federal que tinha como foco os atendimentos de urgência/emergência e materno infantil, sendo que, nas unidades do antigo INAMPS – PAM's e hospitais - o atendimento se dava com foco na atenção secundária (PAM's) e no terciário (hospitais gerais).

Frente ao exposto por Olivar (2006), o que merece ainda destacar nesse processo de municipalização, diante da importância e história de cada uma das instituições federais que foram municipalizadas na cidade do Rio de Janeiro, é que a dinâmica de implementação do SUS foi repleta de lacunas jurídico-administrativas que o poder público foi resolvendo por meio de ações corretivas e reguladoras. Assim,

muitas medidas foram adotadas apenas para definição formal das responsabilidades institucionais e legais decorrentes da municipalização de serviços de saúde, com o intuito de consolidar a gestão descentralizada de serviços conforme preconizada na Lei Orgânica de Saúde (LOS), sendo possível constatar que foi dentro dessa perspectiva que cada uma das instituições federais foram municipalizadas na capital carioca.

Mesmo não sendo objetivo desse estudo apontar as particularidades de cada instituição nessa municipalização, não podemos desconsiderar que cada uma tem peculiaridades que ultrapassam o mero processo de descentralização do setor saúde. A ocupação desordenada das instituições, a pouca articulação do poder público e a descontinuidade dos projetos previstos para as unidades em processo de municipalização acabaram por configurar uma série de problemas no processo de transferência da gestão federal para o município do Rio de Janeiro.

Outro ponto que merece destaque nesse moroso processo de municipalização é apontado por Vasconcelos (2012) e tem relação direta com a complexidade de sua rede de saúde, num único município. Por ser ex-capital federal, o Rio de Janeiro

herdou uma extensa rede de serviços de saúde, parte legada dos antigos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), parte construída e parte financiada pelos órgãos da administração federal localizados no Rio de Janeiro, além dos hospitais e unidades de saúde ligados às universidades públicas (federais, estadual e municipal)” (VASCONCELOS, 2012, p.137 - 138).

Esta rede de saúde vem se modificando e complexificando, a cada dia, para favorecimento do mercado, e se distancia dos ideais da municipalização pela via democratizante. Vasconcelos (2012) ressalta, ainda, nessa complexidade, a extensa rede privada, que segue até hoje, num movimento único, ora conveniada com a rede pública, ora ligada aos planos de saúde, capturando o Fundo Público⁸³ através das

⁸³ Importante demarcar que o sucateamento do setor saúde revela uma concepção de Estado que favorece a lógica do capital, das parcerias público-privada, com o objetivo de garantir “superávit primário” para pagamento da dívida pública. Os recursos para isso vêm do Fundo Público que, de acordo com Salvador (2010 p.79), ocupa papel relevante na articulação das políticas sociais e na relação delas com a reprodução do capital. A participação dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo, assim está presente uma miríade de formas de gastos sociais e de financiamento, incluindo a questão da manutenção e valorização dos capitais pela dívida pública. Sendo injusto nesse processo, já que o trabalhador é quem mais contribui para a constituição do fundo público, para favorecer o processo de valorização do capital, ver os recursos da saúde sendo direcionados para a acumulação, em detrimento da garantia da saúde como

parcerias público privada.

Com essa herança, foi difícil o município do Rio de Janeiro seguir a concepção do SUS como um sistema único descentralizado e com direção única em cada esfera de governo. Quanto aos PAM, que formavam uma ampla rede de unidades secundárias, foram transformados em unidades primárias, através de um processo em que não foram respeitadas as enormes diferenças sociais, econômicas e populacionais, exigência para a organização do sistema de saúde como preconizava a municipalização do SUS. Assim, no Rio de Janeiro, a municipalização do SUS trouxe para a esfera local a gestão direta do sistema e execução das ações e serviços de saúde dos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), mudanças que resultaram em grandes dificuldades para um município que decidiu transformar a rede antiga em uma nova estrutura em meio a interesses privatizantes, corrupção e/ou prioridade a níveis de atenção que favorecem o Complexo Médico Industrial (CMI), como veremos adiante.

Foi neste contexto que a transição para a municipalização não foi consistente e trouxe grande crise para o município do Rio de Janeiro. Conforme aponta Bravo (2005), o município, que foi habilitado em 1998 à Gestão Plena da Atenção Básica e, em 1999, à Gestão Plena do Sistema Municipal⁸⁴, foi desabilitado da gestão plena no ano de 2005⁸⁵.

Esse processo ocorreu em meio à troca de acusações entre os gestores do município, estado e governo federal, o que não é objetivo desse trabalho esmiuçar. O relevante é destacar que o processo em que se deu a intervenção resultou em grandes prejuízos para a organização da atenção primária no município do Rio de Janeiro. Segundo Olivar (2006), uma das evidências naquele momento era a de que a Secretaria Municipal de Saúde não estava investindo em Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF), conforme preconizava o SUS, o que transformava as emergências em portas de entrada do sistema de saúde. A prefeitura apontava falta de investimentos do Ministério da Saúde, porém, dados do próprio Ministério da Saúde, indicavam que o município não aplicou recursos disponíveis para ampliação da atenção básica.

um direito conquistado.

⁸⁴ A Gestão Plena do Sistema foi prevista na NOB 1996.

⁸⁵ Em 2005, no governo de Cesar Maia, ocorreu a intervenção federal no município do Rio de Janeiro, intervenção que foi assinada pelo Presidente Lula, através do decreto nº 5.392 de 10/03/2005.

Como mostra Olivar:

Na Atenção Básica foram mais de R\$ 56 milhões, dos cerca de R\$ 23,3 milhões que estavam programados para execução do PROESF/MS (Projeto de expansão e consolidação do Programa Saúde da Família), o município solicitou apenas R\$ 2 milhões e comprovou a execução de R\$ 802 mil, ou seja, solicitou cerca de 0,9% dos recursos programados e executou apenas 40% do valor solicitado, configurando o total de somente 04% dos recursos programados. No PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) recebeu R\$ 3,5 milhões dos R\$ 13.344.240,00 programados, cerca de 26% dos recursos programados, pois só implantou 1038 dos 3948 agentes previstos. Por não ter implantado equipe de saúde bucal nas equipes de PSF, o município deixou de receber R\$ 12.872.400. Outro montante no valor de R\$36,5 milhões deixou de ser incorporado do Teto Financeiro de 2004. Deixou de receber R\$20.532.692,32 por não se habilitar ao piso da atenção básica ampliada; R\$ 4.066.856,00 por não informar o atendimento extra-hospitalar a pacientes de saúde mental; R\$ 14.028.000,00 em função da resistência à adesão ao SAMU, entre outros. (OLIVAR, 2006, p.105).

Não por acaso, a realidade do Rio de Janeiro, no início dos anos 2000, era bem diferente de outras capitais que estimulavam a ampliação da atenção básica pelo Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo Campos et al. (2016), tivemos aqui uma expansão focalizada, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 15 bairros, até 2003, com destaque para as regiões da Maré, São Carlos, Turano, Mangueira e fazenda Botafogo, totalizando 426 agentes comunitários e 23 equipes de Saúde da família, em 10 bairros.

Em 2001, de acordo com dados da SMS, havia 108 unidades básicas, sendo que o atendimento ocorria através da lógica de programas de saúde, limitando à assistência médica para os usuários do serviço que se enquadrava em alguns dos programas como hipertensão, tuberculose, saúde da mulher, etc., nas referidas unidades. Importante ressaltar que esse tipo de assistência ainda é realidade nas unidades de atenção básica tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território.

Segundo Campos et.al (2016), após a intervenção, entre 2005 e 2008, ocorreu um esforço em se ampliar o número de equipes de Saúde da Família no município, passando de 57 para 124, mesmo assim, com uma baixa cobertura populacional de menos de 7%. O Programa Saúde da Família permanecia restrito às áreas com bolsões de pobreza, áreas com alto índice de violência, num mesmo momento em que o orçamento municipal era onerado com grandes hospitais, com os esquemas de desvio de recursos no setor saúde e, também, com a problemática que envolvia os Recursos

Humanos, já que a maioria dos servidores federais que foram transferidos para o município estavam se aposentando. Como consequência, ao não investir na ESF, o município ficava impedido de receber recursos federais, continuando o ciclo vicioso e de embates entre os diferentes entes do SUS.

Observamos assim que a falta de investimentos afetou a organização da rede pública de saúde no Rio de Janeiro, que só expandiu a atenção primária de saúde, através do Programa de Saúde da Família, em anos posteriores, e foi ampliada através de um modelo onde estão presentes os reflexos da municipalização pela via da privatização que vem priorizando a contratação de profissionais através de serviços prestados por OS's, opção que coloca em xeque a perspectiva de Saúde ampliada, de acordo com o conceito de Seguridade Social descrito na Constituição de 1988 (BRASIL,1988).

O destaque para a ampliação do modelo de Saúde da Família na capital carioca ocorreu entre 2009 a 2015, cabendo apontar que esse período é marcado pela administração do ex-prefeito Eduardo Paes⁸⁶, onde a lógica que envolve a gestão da Secretaria Municipal de Saúde nesse período é a de “parceria” público-privado, com clara expansão do setor privado de saúde através do modelo das OS's, o que vem causando a desestruturação continuada e permanente do SUS. Importante ressaltar que a necessidade de um novo modelo de APS com ênfase no Saúde da Família foi apresentado somente diante da piora de um quadro sanitário que apresentava altos índices de tuberculose, sífilis congênita, mortalidade infantil e materna, dentre outros. Assim, o novo modelo foi apresentado como “salvador da pátria”, em um contexto de grande complexidade que envolvia o município como sede das Olimpíadas (Campos et. al., 2016)

Devido à condição de futura cidade olímpica foram realizadas visitas técnicas a outras cidades-sedes: Londres, Montreal, Barcelona e Sidney. O que se observou de comum nessas cidades foi o sistema de saúde baseado na APS e no médico de família e comunidade (MFC). O caminho trilhado a partir daí foi

⁸⁶ Eduardo Paes foi eleito em segundo turno nas eleições de 2008 para seu primeiro mandato de 2009-2012, teve grande apoio do ex presidente Lula. Na sua tentativa à reeleição em 2012, a coligação de Eduardo Paes chamada de “Somos um Rio” reuniu 20 partidos bastante heterogêneos (PRB, PP, PDT, PT, PTB, PMDB, PSL, PTN, PSC, PPS, PSDC, PRTB, PHS, PMN, PTC, PSB, PRP, PSD, PCdoB e PTdoB) o que lhe garantiu vitória em primeiro turno com 64, 60% dos votos. Atualmente é novamente candidato à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

implantar um modelo com base em reformas implementadas em Portugal e Inglaterra (CAMPOS et al. 2016, p. 1359).

Porém, como se pode observar, a ampliação da atenção primária não vem sendo implementada numa perspectiva de fortalecimento da APS. A perspectiva de novos modelos de gestão tem sido apresentada no Rio de Janeiro como estratégia de ampliação da cobertura assistencial e modernização da gestão da rede municipal de serviços, um modelo que, na realidade, tem sua implementação configurada como modelo de gestão privatizante, sem compromisso com os princípios defendidos pelo SUS. Assim, como indica Lima (2018), a parceria entre o público e o privado que vem acontecendo SUS

favorece o livre jogo do mercado, no qual predomina uma dinâmica perversa que reduz o direito ao acesso universal, visto que os contratos de gestão propostos constituem modalidades de privatização que visam à transformação do direito em mercadoria, pois seu objetivo é impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis do serviço público. Por meio da celebração de contrato de gestão, o Estado cede para as OS's recursos orçamentários, equipamentos, prédios, bens e servidores públicos, a fim de que as entidades privadas prestem serviços pelo SUS, compondo o quadro de privatização da saúde (LIMA, 2018, p. 94).

Nesses modelos de gestão em que o principal objetivo é a rentabilidade, é fato que os serviços de saúde que vêm sendo implementados caminham na direção de uma lógica que contraria os princípios e diretrizes do SUS.

É assim que, a partir 2017, dificultando ainda mais esse processo, logo após a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, permeada de retrocessos, no que compete à forma de organização dos serviços, em detrimento da PNAB anterior à gestão de Crivella, opera-se um desmonte da APS carioca.

Com respaldo na nova PNAB, a Gestão Crivelista vem retirando a obrigatoriedade de que as unidades de atenção básica operem sob a forma de ESF, ficando, a critério do gestor, o número de usuários referenciados para cada equipe de saúde. Essa mudança, em que se retira a obrigatoriedade de ESF e se flexibiliza o número de usuários que podem ser referenciados às equipes, está alavancando o processo de precarização e de contrarreformas ao qual o SUS vem sendo submetido no Rio de Janeiro.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) já apontava, em

2017, que a nova PNAB não fazia alusão a

questões como financiamento, infraestrutura necessária para funcionamento, condições de trabalho, concurso público, garantia de direitos para os trabalhadores em saúde, acesso a serviços, medicamentos e insumos por parte dos usuários, nem tampouco, a garantia de articulação da atenção primária à saúde com os outros níveis de atenção (média e alta complexidade). O que se pode identificar de maneira explícita é uma proposta de flexibilização da forma como a atenção primária à saúde é operacionalizada no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (FNCPS, 2017).

Desta forma, o que ocorreu em agosto de 2017 foi avesso às críticas dos movimentos sociais, trabalhadores, pesquisadores e estudantes da área de saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS); sendo a nova PNAB aprovada sem discussão da referida instância deliberativa⁸⁷, e permeada de retrocessos no que compete à forma e organização dos serviços, em detrimento da PNAB anterior, ou seja, foi um verdadeiro desmonte reconhecer na nova PNAB a existência de outros tipos de ações e equipes com características diferentes da ESF.

Um exemplo refere-se ao PACs já citado acima e que ainda permanece presente em algumas gestões no Brasil. Outro exemplo, que também está presente na cidade do Rio de Janeiro, refere-se ao fato da APS na cidade do Rio de Janeiro ter se tornado mais seletiva e focalizada, sendo importante ressaltar que, no governo de Marcelo Crivella (2016 – 2020), vem ocorrendo um desmonte da já tão precária APS, que foi ampliada nas gestões de Eduardo Paes, pela via das OSs. Podemos dizer que, na gestão que antecede Crivella, foi criada uma APS que não se sustentava, como um castelo de areia que vem se desmoronando e colocando a população e os profissionais de saúde numa incerteza constante. Neste contexto, a população sempre é a mais afetada, já que os serviços de saúde estão sendo fechados em vários locais, estão mais precários e, conseqüentemente, esta população está sem condições e com muitas dificuldades para acessar a RAS.

Diante dessa crise na área da saúde, os profissionais vêm se mobilizando e buscando apoio da população; os principais espaços de luta estão representados no Fórum de Saúde do Rio de Janeiro⁸⁸ e, também, no recém criado movimento “Nenhum

⁸⁷ Conforme Lei 8.142, que versa sobre direito ao Controle Social.

⁸⁸ O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro teve início em 2005 face a Crise da Saúde no Rio. Tornou a se articular em 2007 e 2008. Em 2009, retorna às atividades, dando seguimento à luta em defesa da saúde pública e se mantém organizado, combativo e estratégico, até os dias atuais.

Serviço de Saúde a Menos”. Este movimento surgiu logo após a Prefeitura do Rio de Janeiro anunciar, em 2017, que iria fechar diversas clínicas da Família, o que gerou bastante insatisfação. Os movimentos em defesa do SUS, através de vitórias parciais, conseguiram frear a medida, porém, a partir desse momento, instalou-se uma crise sem precedentes na área de saúde, com a demissão de inúmeros profissionais, o que ocasionou rodízio desenfreado; atraso e diminuição de salários dos funcionários contratado por OSs e falta de condições adequadas de atendimento à população, com falta de insumos e medicamentos nas farmácias do SUS.

Já estamos em 2020 e, até hoje, a gestão Crivella coloca culpa na gestão Paes, no que se refere às contas municipais na área de saúde, explicando a crise pela via dos déficits deixados pela gestão de seu antecessor ou colocando a culpa na imprensa⁸⁹, principalmente na Rede Globo de Televisão, acusando-a de mentir e o “perseguir” sua gestão e, de maneira absurda e irresponsável, afirma que não há crise na saúde, mas sim nas OSs.

Esse contexto esconde e complexifica uma análise mais detalhada de um suposto esquema de corrupção na administração municipal, que não foi iniciada com Crivella, mas que a opção clientelista e autoritária do atual prefeito vem contribuindo, decisivamente, para a falta de transparência na gestão e, como consequência, tem-se um SUS menos potente e bastante ineficiente.

Não é coincidência que isso esteja acontecendo no Rio de Janeiro, no mesmo momento em que o Ministério da Saúde, desde 2017, vem defendendo os planos de saúde populares e a nova PNAB está gerando consequências bastante destrutivas na Política de Saúde. É fato que o projeto privatista vem avançando de tal forma que ao desmontar uma APS que nunca teve características abrangentes, coloca em destaque o desmonte dos princípios do SUS. Os retrocessos parecem estar funcionando de forma organizada, cada um combinado ao outro, e assim, cada contrarreforma precisa ser

⁸⁹ Para se livrar da “tal perseguição da Globo”, o prefeito criou estratégias bastante autoritárias, como por exemplo o denominado “Guardiões do Crivella” publicizado em setembro de 2020, que consiste em contratação de uma espécie de “capangas” do Crivella e que, pagos com dinheiro público, se organizam em grupo de Whatsapp com a presença de muitos funcionários do primeiro escalão da Prefeitura, que se posicionam na porta de entrada de diversos hospitais e serviços de saúde para impedir a população de denunciar a calamidade e a falta de atendimento na saúde. O plantão dos “Guardiões” consiste em atrapalhar as reportagens. Esse escândalo não foi suficiente para abrir processo de impeachment, já que a Câmara do Rio, de forma vergonhosa, rejeitou dois pedidos contra o prefeito Marcelo Crivella.

combatida urgentemente pela Sociedade Civil Organizada, quando se faz necessário resgatar a defesa do SUS universal, gratuito e de qualidade. Por isso, é urgente e de extrema importância que todos os profissionais da Saúde, incluindo os Assistentes Sociais, entendam a importância do SUS e que é imprescindível sua defesa.

2.2.1. A organização da Rede de Atenção à Saúde⁹⁰ no Rio de Janeiro

De acordo com dados do IBGE (2020), a cidade do Rio de Janeiro tem estimativa populacional de 6.747.815 habitantes em 2020 e é o segundo maior centro urbano do país. Bastante heterogêneo e complexo de se analisar, apresenta diferentes graus de desenvolvimento e consequente desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, dentre estes, estão os serviços de saúde.

Sofre atualmente com sérios problemas na área de saúde, realidade esta que pode ser observada principalmente nas grandes filas que se concentram no SISREG, fato que fica evidenciado no baixo índice de desempenho do SUS (IDSUS⁹¹), conforme podemos apresentar abaixo:

Quadro 1 - IDSUS do estado do Rio de Janeiro

UF	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	GRUPO HOMOGÊNEO	ID SUS	ÍNDICE DE ACESSO AO SUS	ÍNDICE DE EFETIVIDADE
RJ	RIO DE JANEIRO	METROPOLITANA I	1	4 a 4,49	3,07	7,43

Fonte: Elaboração própria. Com dados extraídos do site IDSUS.saude.gov.br

Como podemos observar, o Rio de Janeiro encontra-se com um índice de 3,07, uma nota baixa que se aproxima de regiões como Pará e Rondônia, que são estados menos desenvolvidos que a região Sudeste.

Conforme aponta Castro (2002), apesar da proposta do SUS para atendimento

⁹⁰ No Município do Rio de Janeiro, a RAS ficou embasada na Portaria GM/MS n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que define “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

⁹¹ O IDSUS é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar das Urgências e Emergências, a partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos de todo país (IDSUS, Ministério da Saúde).

hierarquizado e regionalizado, a rede de saúde secundária e terciária encontram-se lotada e com longas filas de espera. Sem contar que a busca por esse tipo de serviço, não necessariamente relaciona-se à complexidade dos problemas de saúde da população e, sim, reflete a baixa resolutividade da APS.

No município do Rio de Janeiro, desde 1993, a Saúde é dividida em 10 Áreas de Planejamento (AP), possuindo cada uma delas estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local; as chamadas Coordenações de Área de Planejamento (CAP). A cidade é dividida em 33 regiões administrativas e 160 bairros, sendo que, para fins de planejamento em saúde, desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) trabalha com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP). Cada AP possui uma estrutura gerencial para promoção e implementação das ações de saúde a nível local, através das Coordenadorias de Área de Planejamento.

Quadro 2 - Áreas de Planejamento – Município do Rio de Janeiro

AP	Região e/ou Bairros	Principais características
AP 1.0	Centro, Lapa, Paquetá, Portuária, Rio Comprido, Santa Tereza e São Cristóvão	Maior proporção de população morando em comunidades e maior rede de saúde instalada.
AP 2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal	Maior população de idosos; maior densidade demográfica da cidade; menor proporção de crianças de 0 a 14 anos e maior IDH do município ⁹²
AP 2.2	Tijuca e Vila Isabel	Contexto bastante similar ao da AP 2.1, tem a segunda população de idosos do município.
AP 3.1	Ramos, Penha, Complexo do Alemão, Ilha do Governador e Maré	Somando aos números da AP 3.2 e AP 3.3, tem a área mais populosa da cidade, sendo que mais da metade dos moradores de favelas, moram nessas Áreas
AP 3.2	Inhaúma, Méier e Jacarezinho	Somando aos números da AP 3.1 e AP 3.3, tem a área mais populosa da cidade, sendo que mais da metade dos moradores de favelas, moram nessas áreas
AP 3.3	Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna	Somada aos números da AP 3.2 e AP 3.1, tem a área mais populosa da cidade, sendo que mais da metade dos moradores de favelas, moram nessas Áreas
AP 4.0	Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus	É a segunda maior em área demográfica, com aproximadamente ¼ do território do município. Tem a menor densidade demográfica da cidade e é uma área com expansão urbana e população com rendas médias e altas.

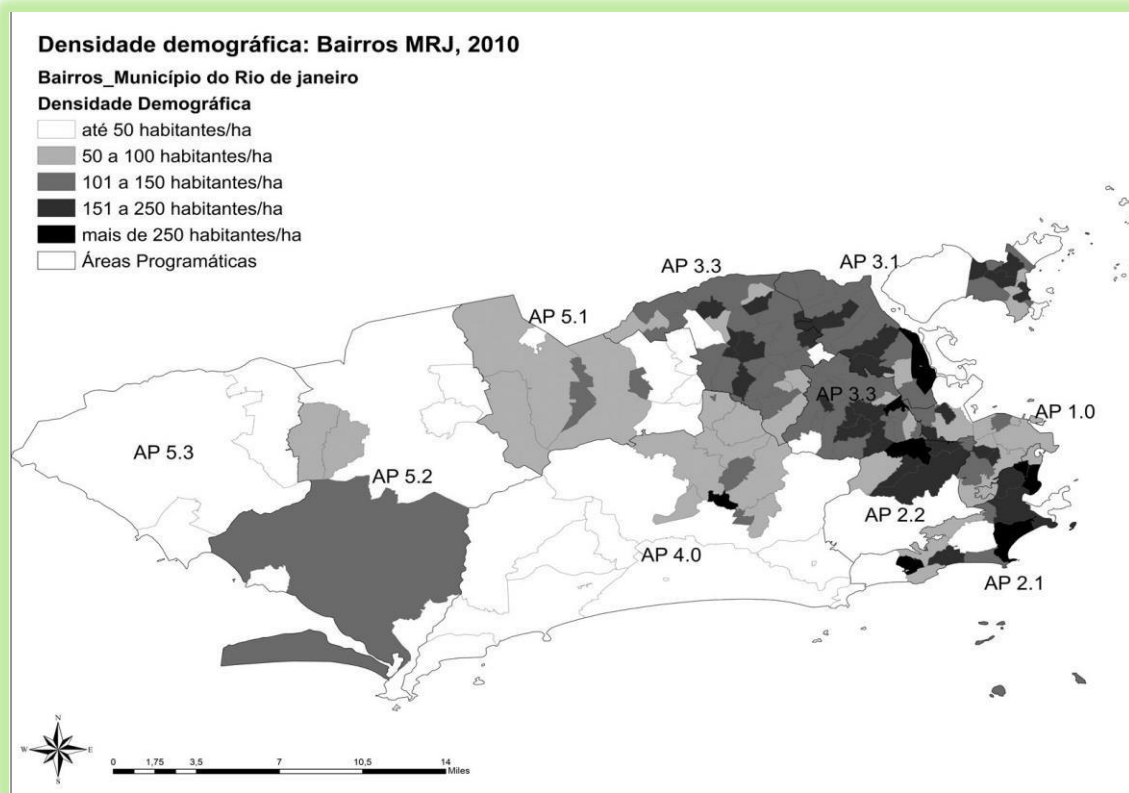
⁹² Com exceção da Rocinha, que ocupa a 120 posição entre os bairros do Rio de Janeiro – com IDH 0,732. Dados extraídos de wikirio.com.br

AP 5.1	Bangu e Realengo	Somada a AP 5.2 e AP. 5.3 é a segunda área mais populosa do município. Região de expansão urbana para as populações de média e baixa renda.
AP 5.2	Campo Grande e Guaratiba	Somada a AP 5.1 e AP. 5.3 é a segunda área mais populosa do município. Região de expansão urbana para as populações de média e baixa renda.
AP 5.3	Santa Cruz	Somada a AP 5.2 e AP. 5.1 é a segunda área mais populosa do município. Região de expansão urbana para as populações de média e baixa renda.

Fonte: Elaboração própria, com dados extraídos da SMS/PCRJ.

Na Figura abaixo, podemos observar que a distribuição populacional nos bairros que compõem as Áreas de Planejamento (AP) não se dá de forma homogênea, ocorrendo vários núcleos de adensamento populacional.

Figura 1 – Densidade demográfica por Área de Planejamento – Município do Rio de Janeiro - 2015.



Fonte: IBGE, estimativa populacional a partir do Censo 2010, em 02 de fevereiro de 2015. In: PINTO, Luis Felipe; SORANS, Daniel; SCARDUA, Mariana Tomasi. (2017, p.1261) – acesso em 17 de agosto de 2018.

De acordo com a Figura 1, é possível observar que a densidade populacional das APSs varia, por exemplo, de 2246 habitantes/km², na AP 5.3 a 21.731 habitantes/Km², na AP 5.2; que se tem maior densidade populacional na AP 2.1 com

14.094 habitantes/Km² e a AP 3.3 com 13.821 habitantes/Km². As de menor densidade, após a AP 5.3, são a AP 4.0 com 3.095 habitantes/Km² e a AP 5.1 com 5.484 habitantes/Km².

Os números apresentados por Sorans, et al. (2017) mostram que há pelo menos três grupos distintos de densidade populacional entre as APs da cidade do Rio de Janeiro, o que indica a necessidade de um planejamento diferenciado de oferta de serviços de saúde capaz de atender as diferentes populações das regiões de saúde.

Somados aos distintos grupos de densidade populacional, dever-se-ia também levarem consideração outros indicadores como, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁹³ de cada região. Na prática, isso não foi levado em consideração no Rio de Janeiro. Segundo dados da própria SMS/RJ, a expansão da Estratégia de Saúde da Família – ESF ocorreu de forma lenta e heterogênea.

É importante destacar, ainda, que desde 2008 as AP vêm sendo geridas de forma terceirizada por Organizações Sociais em Saúde (OSS), entidades de direito privado, sem fins lucrativos. Esta expansão da APS aqui no Rio de Janeiro teve a expansão da cobertura via ESF e foi prioridade na agenda dos governos de Eduardo Paes (2009-2012 /2013-2016). Esta ampliação passou de uma cobertura de 3,5% em 2008 para 70,63% em 2016⁹⁴.

Segundo Harzheim⁹⁵ (2013), um dos autores que avaliou a reforma da atenção primária no Rio de Janeiro, no ano de 2013⁹⁶, o município, até o ano de 2009, apresentava um sistema público de saúde pobremente embasada na APS, com cobertura menor que 7% do Programa de Estratégia de Saúde da Família; após 2009, “uma mudança radical na gestão foi iniciada...” “... chegando ao final de 2012, a uma cobertura de ESF de cerca de 40%” (HARZHEIM, 2013, p. 19).

Discordando do autor, essa ênfase na “mudança radical” não condiz com a realidade carioca que, em 2013, mantinha as APS's classificadas por três modalidades:

⁹³ O IDH – o índice de desenvolvimento humano compara indicadores de países nos itens riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros, com o objetivo de avaliar o bem-estar de uma população, especialmente das crianças. Fonte: www.ipea.gov.br

⁹⁴ Fonte: Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2014-2017; 2018-2021).

⁹⁵ Primeiro Secretário Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde no Governo Bolsonaro.

⁹⁶ Dados extraídos da pesquisa “Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos primeiros três anos de clínica da família, organizado por HARZHEIM, Erno, 2013. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj; Acesso em 16/02/2019.

- unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família – 115 unidades;
- unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território – 74 unidades;
- unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família – 6 unidades.

Segundo o próprio autor, nas unidades Tipo A e B, existiam, ao final de 2012, 805 equipes de Saúde da Família, sendo que 67 destas estavam sem médico (Harzhein, 2013). Um quadro que não é condizente com o panorama da APS brasileira, pois, o Rio de Janeiro demorou a seguir a principal estratégia de investimento no Estratégia de Saúde da Família para consolidação da atenção primária, conforme preconizava a PNAB.

O sistema de saúde do município do Rio de Janeiro conta ainda com serviços públicos municipais, estaduais e federais, serviços privados conveniados (filantrópicos) e serviços privados contratados ou não pelo SUS.

De acordo com os dados do DATASUS, a RAS no município é composta pela APS e rede especializada de média e alta complexidade. Dentre os principais serviços estão:

- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Centro de Emergência Regional (CER);
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos;
- Clínicas/Centros de Especialidades e Policlínicas;
- Maternidades e Centros de parto normal;
- Centro de atenção de hemoterapia e ou hematológica;
- Serviço de Atenção Domiciliar;
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos;
- Hospitais de médio e grande porte – com atendimento especializado e de urgência e emergência em alguns.

Importante ressaltar que os serviços de urgência e emergência municipais se configuram como porta de entrada integrada com a Defesa Civil, o Serviço de

Assistência Médica de Urgência (SAMU) e o Grupamento de Socorro e Emergência (GSE).

A rede municipal do Rio de Janeiro conta ainda com assistência farmacêutica, serviços de vigilância à saúde, Tele Saúde, Sistema de Regulação e rede informatizada (prontuários eletrônicos) (DATASUS, 2020).

É preciso sinalizar que, para esta RAS funcionar e adquirir um lugar de destaque na organização do sistema de saúde, a APS precisa ser o nível mais essencial do sistema de saúde, devendo funcionar como principal “porta de entrada” da população à rede de saúde e precisa ser oferecida a todos, com uma articulação eficiente com os demais níveis de complexidade, pois só assim se concretizará a materialização dos princípios de integralidade e universalidade do SUS.

Para esse nível de atenção se materializar de fato, coloca-se como exigência a organização da diretriz da descentralização e da regionalização, já que os serviços de saúde devem ser ofertados o mais próximo do local onde os cidadãos residem, estudam e trabalham. Aqui, novamente, merece destaque as particularidades do município do Rio de Janeiro, onde temos uma realidade profundamente desigual entre as diversas áreas programáticas da cidade, com disparidade entre indicadores demográficos, econômicos, sociais e territoriais. Neste contexto, a ampliação da APS não ocorreu de acordo com um planejamento que considerasse as reais necessidades da população.

Sem contar que os estudos em escala nacional mostram que a focalização da política de APS na população de baixa renda está diretamente correlacionada ao crescimento dos planos privados de assistência à saúde nos estados populacionais de renda média e alta. Isto é um indicativo de que a APS está falhando ao não conseguir atuar de forma efetiva como porta de entrada ao sistema, assegurando o acesso à assistência especializada e hospitalar. Por não garantir um sistema de saúde equânime, o trabalhador sempre que se insere no mercado de trabalho e tem possibilidade econômica, busca a condição de saída do SUS pela opção dos planos de saúde privados e, muitas vezes, esses planos ofertam apenas o básico a essa população e quando necessitam de exames mais complexos e/ou tratamentos especializados retornam às unidades de saúde com solicitações da rede privada.

Essa busca de atendimento na rede privada via planos de saúde e/ou convênios é uma estratégia da população por um atendimento mais resolutivo, já que o SUS não

se efetiva de forma realmente universal e pública, o que impacta essencialmente a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e favorece os planos de saúde que não são pressionados a ampliar a oferta de serviços.

Para respaldar a discussão acerca da organização da RAS é preciso retomar à diretriz de hierarquização e o princípio de integralidade do SUS já discutidos anteriormente.

Conforme apontado anteriormente, a hierarquização está relacionada à organização da RAS por níveis de complexidade; assim temos o nível de atenção primária (baixa complexidade), o nível secundário (média complexidade) e o nível terciário e quaternário (alta complexidade) e, conforme, o preconizado no SUS pela referencialização, cada necessidade deve ser atendida em um nível específico.

A Atenção Primária, como já pontuamos, deve ser considerada o nível mais estratégico do sistema de saúde, já que é a “porta de entrada” preferencial para os usuários acessarem a rede de saúde; deve ser ofertada para toda população e sua articulação com os demais níveis de atenção deve ocorrer de forma bastante organizada e eficiente.

Abordando especificamente a coordenação da Rede de Atenção a Saúde - RAS na cidade do Rio de Janeiro, esta possui um importante instrumento para a regulação que é o SISREG – que é o objeto central desse estudo, sendo importante destacar que, segundo dados da SMS/PCRJ, até o ano de 2009, era praticamente inexistente o Sistema de Regulação de consultas e procedimentos no município, sendo responsabilidade do usuário quando recebia o encaminhamento, ir às unidades secundárias e terciárias e encontrar vaga para o procedimento que necessitava.

A falta de investimento nesse instrumento de regulação, até 2009, no município do Rio de Janeiro, representa mais um dos elementos sobre a já citada ausência de investimentos na APS, para efetivação da integralidade da atenção. Interessa aqui, refletindo sobre a ordenação da RAS no Rio de Janeiro, se perguntar se a APS consegue organizar o fluxo dos usuários entre os níveis de complexidade.

Precisamos refletir se esse instrumento de regulação está organizando o fluxo para a atenção secundária ou de média complexidade - que é formada pelos serviços com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, responsável por prestar serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e

terapêutico, onde são realizadas as consultas com especialidades não médicas, cirurgias ambulatoriais, ações especializadas em odontologia e exames diagnósticos, sendo responsável também pelos atendimentos de urgência e emergência - e para a atenção terciária ou de alta complexidade, que inclui os procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso aos serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (APS e de média complexidade). Esta reflexão torna-se fundamental para observarmos se ocorre um bom fluxo dos sujeitos acessando, quando necessário, os diferentes níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Pensando na RAS e na reorganização do SISREG e de sua vinculação com a APS, o município do Rio de Janeiro, após diferentes configurações, passou a disponibilizar as vagas de procedimentos especializados através da plataforma web SISREG, desenvolvida pelo DATASUS e, em julho de 2012, a gestão municipal descentralizou a regulação e passou a atribuir esta responsabilidade aos médicos responsáveis técnicos das unidades básicas de saúde, que passaram a exercer tal função.

Conforme Rocha (2015), no município do Rio de Janeiro o acesso dos usuários acompanhados nas unidades de atenção primária de saúde aos atendimentos especializados ocorre por meio da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo necessário a inserção do usuário pelo médico assistente da unidade em uma plataforma online que é o SISREG. Segundo a autora este é o meio preferencial, porém não único já que nem todas as vagas de consultas e procedimentos especializados estavam disponíveis e/ou cadastradas no SISREG, em 2012.

A estruturação da regulação e a reorganização do SISREG pela atenção primária de saúde, a partir de 2012, teve grande repercussão, haja vista que a Secretaria de Saúde, nesse reordenamento, descentralizou responsabilidades e atribuiu várias funções aos médicos técnicos das unidades básicas de saúde. Sendo importante ressaltar que, nesse momento, estava em pleno curso a expansão das ESF', onde ocorreu a transferência da responsabilidade sanitária dos usuários para as equipes de saúde da família com médico generalista.

Assim, datam de um mesmo momento a reorganização do SISREG e a

expansão do Programa Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, quando, gradativamente, os Gerentes Técnicos (GT's) e os médicos Responsáveis Técnicos (RT's) assumiram uma série de atribuições da gestão. Dentre estas responsabilidades, estão a de regular o acesso às vagas de serviços especializados e o apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar no município. Este pode ser caracterizado como o momento em que os profissionais da APS passaram a atuar juntamente com a Central de Regulação do município, com o objetivo de melhorar o acesso da população aos serviços secundários e terciários. Conforme aponta Rocha (2015),

Estes profissionais da APS atuam juntamente com o serviço central de regulação do município, o qual era insuficiente para realizar a contento esta tarefa. A dificuldade operacional de regulação pelo serviço de regulação da SMS gerava uma grande lista de espera de usuários, além de significativo desperdício de vagas, perdidas por falta de capacidade de agendamento pela equipe de regulação. A estratégia da gestão municipal para tentar solucionar este verdadeiro “gargalo” das vagas, foi descentralizar para a APS esta função criando senhas de reguladores no SISREG para preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde e para os médicos responsáveis técnicos (RT's), aumentando desta forma o número de médicos “reguladores” para agilizar o processo de agendamento no sistema. (ROCHA, 2015, p.2).

Segundo Pinto et al. (2016), com a criação da Coordenação de Policlínicas e o fortalecimento da atividade regulatória da Subsecretaria Geral, fruto da reforma organizacional da SMS, foi possível a utilização de um Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde para um número maior de unidades. O modelo de regulação centralizado na Secretaria Municipal de Saúde, até 2011, resultava em alto tempo de espera para acessar os serviços e com a maior parte dos procedimentos sendo feita com um sistema de informatização frágil, que não apresentava bom desempenho em avaliar o tempo de espera e a distância da residência, questão que desencadeava agendamentos desordenados. Momento em que a Secretaria de Saúde decidiu alterar o modelo de regulação, até então vigente, descentralizando-o para as unidades de atenção primária, no segundo semestre de 2012. (PINTO et al. 2016, p.1259)

No município do Rio de Janeiro, a expansão das ESF's vem ocorrendo de forma heterogênea nas dez áreas de planejamento, sem contar que vem sendo feita pela transferência para a via privada, materializada pela regulamentação das OS's. De acordo com Lima (2018), essa divisão de responsabilidade do Estado com

organizações privadas transfere para as OS's um montante enorme de dinheiro público, que favorece a apropriação privada do fundo público da saúde, o que não vem repercutindo na melhoria dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população.

Esse modelo de gestão atinge diretamente a operacionalização do SISREG, já que muitos responsáveis técnicos nas unidades de saúde e os médicos reguladores, operadores do sistema, são profissionais terceirizados que precisam cumprir uma série de atribuições e que trabalham a partir de metas estabelecidas pelas gerências.

O processo de transferir a gestão dos serviços para a esfera privada vem fortalecendo o projeto privatista que não tem interesse nenhum em democratizar o acesso e sim em desmontar o SUS, sob o argumento de que a universalidade no acesso é inviável. Nesse contexto de privatização e desmonte do SUS, é preciso fazer uma reflexão da operacionalização do SISREG no Rio de Janeiro à luz da Política Nacional de Regulação do SUS, criada para ser implantada em todas as unidades federadas, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades assumidas pelas esferas de governo, visando estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS e o aprimoramento dos processos de trabalho. (BRASIL, 2008).

Essas premissas da Política Nacional de Regulação não vêm se efetivando no Rio de Janeiro, uma vez que o fluxo dos sujeitos RAS não ocorre sem grandes dificuldades, sendo relevante refletir como essa divisão da rede em níveis diferenciados de atenção é imprescindível no processo de organização do acesso.

Conforme aponta Castro (2009), é necessário organizar os níveis de atenção primária numa rede horizontal e integrada e abster-se da visão piramidal que coloca a atenção primária na base e a terciária/quaternária no topo. Numa RAS horizontal e integrada, a atenção primária precisa estar no centro como responsável pela comunicação entre os diferentes níveis de complexidade.

Merece ainda destaque, de acordo com Castro (2009), que a comunicação entre os níveis de atenção aconteça de fato, pois só assim o atendimento da população usuária ocorrerá com base em seu histórico de saúde. São com essas pontuações que a referida autora aponta como a APS pode cumprir um papel resolutivo, com compromisso de resolver uma boa parte dos problemas de saúde da população; sendo

responsável para organizar fluxos e contrafluxos de pessoas pelos principais pontos de atenção à saúde.

No próximo tópico centraremos na análise do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) que é a ferramenta utilizada para organizar o fluxo na RAS no Rio de Janeiro.

2.3. O Sistema Online de Regulação de Vagas – SISREG – como porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro

Desse tópico em diante, dedicaremos para uma análise mais detalhada sobre a operacionalização do SISREG no município do Rio de Janeiro, no período de 2012 a 2018, sendo que o período escolhido comporta o início de um processo de descentralização da operacionalização da regulação para APS, iniciado em 2012, além de abranger duas gestões de governos municipais⁹⁷

Sinalizamos aqui alguns pontos importantes com relação a essa pesquisa:

- Tentamos realizar a pesquisa de campo nas unidades de saúde localizadas na área da Coordenadoria de Atenção Primária da 1.0 no município do Rio de Janeiro. No Projeto de pesquisa foram escolhidas, de forma intencional, três Centros Municipais de Saúde localizados na área programática da 1.0 (CMS Oswaldo Cruz, CMS José Messias do Carmo e Centro Municipal de Saúde Ernesto Zeferino Tibau Júnior). Contudo não tivemos tempo hábil para realização do trabalho de campo, uma vez que tivemos um longo e moroso processo percorrido junto aos Comitês de Ética. Apesar da proposta de pesquisa ter sido aprovada em 26/11/2019 na Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), através do Parecer 3.725.29⁹⁸, a mesma caiu em exigências quando foi encaminhada via Plataforma Brasil para o Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), conforme consta no Parecer 3.787.249⁹⁹.
- A submissão aos referidos Comitês, não se deu de forma ágil; a princípio, o projeto de pesquisa foi submetido ao COEP/UERJ, através da Plataforma Brasil,

⁹⁷ 2012-2016 – Gestão de Eduardo Paes e 2017-2018 – Gestão de Marcelo Crivella.

⁹⁸ Cópia anexa nos apêndices.

⁹⁹ Cópia anexa nos apêndices.

no dia 29 de abril de 2019. Em 03 de maio de 2019, veio o comunicado do COEP informando que o projeto estava sendo rejeitado por Pendência Documental por não constar as cartas de anuência digitalizadas e assinadas pelos Responsáveis Técnicos das Unidades de Saúde onde seria realizada a pesquisa de campo. A partir daí, seguimos um processo com trâmite bastante burocrático e moroso que foi a apresentação da pesquisa ao Centro de Estudos da Coordenadoria de Atenção Primária 1.0 – CAP 1.0 e a Coordenadora é que assumiu a atribuição de enviar a documentação, via online, aos diretores de unidades; um processo protocolar, burocrático e nada dinâmico em que precisei aguardar para ser apresentada como pesquisadora à própria diretora da unidade de saúde CMS Oswaldo Cruz, onde estou lotada como Assistente Social. Na apresentação do projeto ao Centro de Estudos da CAP 1.0, foi indicada ainda a solicitação de anuência ao Superintendente da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUBPAV). Conseguir esta carta de anuência não foi fácil, sendo necessário o encaminhamento de vários e-mails e diversos telefonemas para conseguir o documento que só foi assinado no dia 09/09/2019. Após cumprimento de todas as exigências mencionadas, reenviamos nova Submissão, que só foi aprovada em novembro de 2019 pelo COEP/UERJ. Mesmo tendo passado por todo esse processo, o CEP da SMS/RJ, em 20/12/2020, não aprova o projeto e aponta novas exigências que não tivemos tempo de cumprir.

- Dentre as exigências do CEP SMS/RJ, estava a assinatura de carta de anuência da Subsecretaria de Regulação (SUBREG), mesmo sendo explicitado no projeto de pesquisa, que a pesquisa de campo ocorreria nas unidades coordenadas pela SUBPAV. As exigências só foram cumpridas em fevereiro de 2020, momento em que, diante da pandemia em perspectiva, definimos que não haveria tempo hábil para realização de parte da pesquisa de campo.
- Outro dificultador para a realização desse estudo já foi apontado na introdução desse trabalho, refere-se à Pandemia do Covid-19 que exigiu e está exigindo uma série de estratégias de toda população para lidar com os transtornos e insegurança trazidas por um vírus tão contagioso e que está ceifando a vida de muitos trabalhadores no mundo inteiro. Para nós, trabalhadores da área de

saúde que estamos na linha de frente nesse momento pandêmico, vem sendo necessário se reinventar a cada dia, já que muitos de nós não tivemos autorização para se ausentar do trabalho; pelo contrário, a maioria das secretarias estaduais e municipais, bem como os Ministérios da Saúde e da Cidadania, têm emitido orientações para adiamento das férias e licença prêmio dos/as trabalhadores/as¹⁰⁰. Somente os/as profissionais idosos/as, com algum tipo de doença autoimune, doenças crônicas, grávidas, lactantes, pessoas com diabetes e hipertensão estão liberados para trabalharem remotamente, ou em algumas situações dispensadas do trabalho, sem prejuízo da sua remuneração.

- Pela importância de nossa atuação profissional e pelo reconhecimento de que somos profissionais de saúde, assim como médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, farmacêuticos/as, dentre outras categorias profissionais, precisamos atender diretamente à população. Isto implica que precisamos ter maior rigor no processo de higienização e na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC). Sem contar que se tornou ainda mais desgastante atuar conforme os princípios éticos políticos do Serviço Social diante dos reordenamentos necessários para atendimento à população durante a pandemia.

Esta pesquisa é por natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Concordamos com Minayo (1999) que as pesquisas qualitativas trabalham com motivações, indagações, valores e crenças. Não podendo ser reduzidos apenas a dados quantitativos, de certa maneira quantidade e qualidade precisam andar juntos, se complementando dentro do estudo.

Reportaremos ao método desenvolvido por Marx por entendermos que será fundamental para a compreensão dos processos inerentes ao contexto atual da sociedade capitalista, assim, durante todo o processo de investigação, nos orientaremos pelos pressupostos do método marxiano.

A opção pelo método proposto por Marx será imprescindível para analisarmos o SISREG na cidade do Rio de Janeiro. Pensar o objeto de estudo sob o enfoque do

¹⁰⁰ Como no meu caso que tive licença prêmio suspensa; férias canceladas no mês de julho de 2020 e dificuldades de novo agendamento para o mês de outubro de 2020.

método marxiano, será decisivo para situá-lo e analisá-lo como um fenômeno em seu complexo e contraditório processo de desenvolvimento e múltiplas determinações. Entendê-lo no real concreto trará a tona sua relação singular com a totalidade e, conseqüentemente, teremos possibilidades de desnudar a essência do fenômeno.

De acordo com Behring, priorizar a investigação sob o enfoque do método proposto por Marx é decisivo para

situar e analisar os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas na perspectiva de totalidade como recurso heurístico, e inseridos na totalidade concreta: a sociedade burguesa (BEHRING, 2011, p.38).

Desta forma, a análise do objeto de estudo deve ser extraída

do movimento da sociedade burguesa, tendo como foco central nessa linha de análise a tentativa de reproduzir idealmente o movimento do objeto, extrair do mesmo as suas características e determinações, reconstruindo-o no nível do pensamento como um conjunto rico de determinações que vão além da sua aparência imediata (BEHRING, 2011, p.38).

Nessa perspectiva, o objeto de estudo não pode ser analisado somente a partir de sua expressão imediatista como fato social isolado, deve ser situado como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência.

Temos nas elaborações teóricas de Marx os resultados do acúmulo de seus estudos com perspectiva crítica sobre os conhecimentos anteriormente elaborados por outros autores e a trajetória percorrida na análise crítica da sociedade burguesa (seu objeto de estudo).

Desta forma, identificar o método de análise em Marx impõe-nos, de início, expor o seu conceito de “sociedade”. Para o autor, a sociedade, articulada por meio de uma formação social concreta específica, seria produto do desenvolvimento individual e da ação recíproca dos homens, tendo consciência ou não. Entretanto, não poderiam eleger a formação social em que se encontram nem tampouco arbitrar livremente sobre suas forças produtivas. A formação social e as forças produtivas seriam o resultado, respectivamente, das lutas sociais e da ação sobre a natureza conduzidos por parte dos homens que os precederam.

A sociedade se conformaria em um todo complexo e interdependente, sujeita a

múltiplas determinações, articulada por meio de uma formação social concreta e específica, em constante movimento. Portanto, qualquer formação social seria sempre transitória e histórica.

Este conceito de “sociedade” é uma construção proporcionada pelo método dialético e compõe a concepção materialista da história. A compreensão das sociedades de classes, por exemplo, não pode ocorrer, portanto, abstraindo a gênese da sociedade, o modo como ela é produzida e o modo como ela opera em função da sua própria gênese.

Em decorrência da forma fragmentada de conceber o mundo, própria do ideário burguês, os diferentes ramos da ciência estavam se particularizando e existia ainda uma polaridade entre ciências da natureza e da sociedade e ambas se dividiam em ramos específicos ou ciências particulares, perdendo cada vez mais sua unidade. Nessa direção, Marx tinha como premissa que não se poderia considerar o ser social independente do ser da natureza, como era comum na filosofia burguesa ao se referir aos domínios do espírito. Assim, ele combatia a transposição simplista e materialista vulgar das leis naturais para a sociedade, próprias do positivismo (LUKÁCS, 1979).

Netto (2011), em uma de suas análises, explica-nos que no que tange à teoria social de Marx, a questão do método se apresenta como um “*nó de problemas*”, problemas estes que são de ordem teórica, filosófica e ideopolíticas, uma vez que a teoria marxiana vincula-se a um projeto revolucionário. Segue apontando que no século XX, nenhum weberiano ou durkheimiano, teve seus direitos civis ou políticos cerceados por defender os referidos autores, ao contrário, os que defenderam e defendem o projeto revolucionário, foram perseguidos, presos e torturados por defenderem o marxismo.

No contexto atual, a crítica a Marx se concentra sobre dois eixos temáticos; no primeiro, consideram que o autor não deu a devida importância às dimensões culturais e simbólicas na sua perspectiva metodológica, e no segundo, a crítica é a relação de Marx com o “determinismo”, questão que não procede, já que na teoria social de Marx houve rigor teórico metodológico para compreensão do objeto de estudo – a sociedade capitalista. Tanto que Marx e Engels, em 1845, reconhecem como ciência a História e a análise do objeto de estudo partiu da perspectiva da totalidade.

O objeto de pesquisa de Marx não foi construído como uma concepção de mundo

fechada e acabada e sim uma reflexão ontológica sobre um processo real e, portanto, só esgotará quando esse processo também se esgotar. Importante entender que a discussão ontológica sobre a veracidade das ideias não se faz por meio da contraposição de ideias, mas sim a partir da busca de fundamentos concretos que poderão desmistificar o que estava posto a priori.

Assim, o método de Marx emergia da realidade social, o qual procurava investigar a conexão íntima do movimento real, já que na perspectiva ontológica (marxiana), só é possível apreender o real por meio de construção de categorias, ou seja, determinadas apropriações do objeto de estudo.

A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada [...] (MARX, 2002, p.21).

O método na perspectiva marxiana não pode se confundir com técnicas ou regras intelectivas, precisa-se compreendê-lo numa relação entre sujeito e objeto, por esse caminho será possível ao sujeito aproximar-se e apropriar-se das características do objeto, ou seja, é fundamental rigor teórico e metodológico, já que não se trata de algo simples, dada a complexidade que é capturar o fenômeno na realidade concreta.

Dessa forma,

para realizar esse percurso metodológico fugindo a definições e buscando determinações, é preciso apreender que o fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde, pois, a essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo parcial, ou sob certos ângulos e aspectos. O fenômeno aparentemente indica algo que não é ele mesmo e vive graças ao seu contrário. A essência não se dá imediatamente, ela é mediata ao fenômeno e se manifesta em algo diferente daquilo que é. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p.39).

A partir da concepção apontada acima pelas autoras Behring e Boschetti (2011), é possível entender que Marx não analisou seu objeto de estudo a partir de sua expressão imediata como fato social isolado, ele fez um recorte e situou-o como expressão contraditória da realidade, que é unidade dialética do fenômeno e da essência. A perspectiva marxiana parte da totalidade ontológica do ser social e volta

a ela, não renuncia em nenhum momento do processo de investigação a consciência e visão crítica em sentido ontológico.

Conforme Netto (2015), a concepção teórico-metodológica de Marx nunca teve, por parte do autor, um tratamento exaustivo – os textos pertinentes a ela mais importantes, que marcam a sua evolução, encontram-se na “Ideologia Alemã”, na “Miséria da Filosofia” e, especialmente na “Introdução” aos Grundrisse, além de uma referência importante no posfácio da 2ª edição do livro I – O Capital. O que é importante assimilar é que não existe um texto de Marx que trata especificamente de seu método de análise, e sim importa a leitura e aprofundamento de suas obras para que possamos captá-lo.

Com relação às influências recebidas pela economia política clássica, as principais deram-se com Smith e Ricardo, foi no diálogo com esses economistas clássicos¹⁰¹ que Marx explorou conceitos como valor; divisão social do trabalho, acumulação primitiva, mais valia, etc. Esses conceitos, bastante utilizados na época, passaram por profunda reelaboração nos estudos de Marx e, conseqüentemente, foram adotados.

Outra influência decisiva e igualmente importante foi a que recebeu do socialismo francês, aproximando-se dos socialistas utópicos, teve oportunidade de reelaborar as ideias românticas que eram disseminadas na época, demonstrou em seus estudos que faltava rigor no estudo da conjuntura social, a começar pelos equívocos referentes à economia política.

Foi em Paris e diante das influências apontadas, que Marx avança em seus estudos e propõe uma ruptura com o modo de fazer ciência e filosofia, ruptura totalmente ontológica, já que busca no movimento real da sociedade o fundamento da existência e não na perspectiva idealista.

Conforme aponta Netto (2011), tal ruptura traz implicações para a relação sujeito/objeto, onde o objeto conduz o sujeito no processo do conhecimento e a teoria precisa captar esse movimento do objeto e ser fiel na reprodução no plano do pensamento. “A teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento e

¹⁰¹ Herda dos economistas clássicos um nível avançado de conhecimento sobre o sistema capitalista que lhe será útil, como ele reconhece ao longo de toda a sua vida, sem contar que Marx, separava os economistas da época entre clássicos e vulgares (TEIXEIRA, 2015, p.4).

estrutura e dinâmica do objeto que pesquisa” (NETTO, 2011, p. 21).

Para Marx, no processo de conhecimento teórico, a relação sujeito/objeto não se pauta pela autonomia e/ou neutralidade; sujeito e objeto precisam ter relação e é a estrutura e dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador, ou seja, é na relação do sujeito (pesquisador) e sua relação com o objeto, que serão captadas as múltiplas determinações encontradas no estudo/pesquisa.

Frente ao exposto acima, fica visível a relevância que as contribuições marxianas trouxeram para a teoria do conhecimento, imprimindo-lhe novidades, aproveitando o existente e fazendo críticas para novas reformulações a partir da concepção crítica. Foi Marx o responsável pela virada materialista na ontologia do ser social e da sociedade¹⁰².

Na visão materialista, o que irá fundar o ser humano enquanto ser social é uma forma diferenciada de relação entre este e a natureza, que se constituirá através do trabalho com seu elemento teleológico; a partir do trabalho são afastadas as barreiras naturais, e, conseqüentemente, menos dependência do homem com a natureza.

Assim, de acordo com Lukács (1979), a determinação da base natural e da sua conseqüente transformação social trouxe o trabalho como categoria central. A virada materialista na ontologia do ser social funda uma ontologia materialista da natureza, que precisa compreender a historicidade, a processualidade e a contraditoriedade dialética como fundamentais no processo metodológico.

Como já exposto anteriormente, na perspectiva marxiana, o ponto de partida do método é o particular e não o geral; em seus estudos, a economia burguesa fornecia a chave da economia da antiguidade e assim Marx inverteu o argumento positivista de que o mais simples explica o mais complexo. Nesta perspectiva, é impossível fazer qualquer separação entre teoria e prática, entre pensamento e realidade, porque essas dimensões são abstrações do pensamento (categorias analíticas) que, no plano do concreto, do real, integram uma mesma totalidade complexa.

No método de Marx, é necessário compreender a construção dos direcionamentos e pressupostos apontados pelo autor no estudo da sociedade

¹⁰² A orientação essencial do pensamento de Marx era essencialmente ontológica e não epistemológica, entender a premissa ontológico-materialista pressupõe entender como Marx visualiza a relação homem/natureza (NETTO, 2011).

burguesa, tais como:

- relação sujeito/objeto: onde o sujeito deve aproximar-se e apropriar-se das características do objeto;
- separação do que é da ordem do objeto real do que é da ordem do pensamento: inicia-se pelo real e pelo concreto e nas aproximações sucessivas vai chegando a conceitos e abstrações que remetem a determinações mais simples;
- eleva-se do abstrato ao concreto: única forma do pensamento se apropriando real.

Compreender os direcionamentos apontados acima ajuda-nos entender como a captação do fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, esconde-a. A essência se manifesta no fenômeno de forma parcial. Aparentemente o fenômeno indica algo que aparece como contrário, ou seja, a essência não se dá imediatamente, aparece em algo diferente daquilo que realmente é. Captar esse fenômeno em movimento favorecerá a revelação da essência.

Na prática, importa entender na elaboração metodológica de Marx a forma como ele diferencia o método de exposição formalmente do método de pesquisa. O autor aponta que na pesquisa é preciso captar detalhadamente a matéria, analisar suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima e só após esse trabalho exaustivo de aproximações sucessivas do real, que se pode expor de forma adequada o movimento real. O método de exposição precisa percorrer novamente o caminho feito, ou seja, depois de atingir as determinações mais simples, será preciso realizar o caminho de volta, a fim de superar o todo caótico do início da investigação e, assim, apresentá-lo numa perspectiva de totalidade.

Por isso a mercadoria tornou-se o ponto de partida na exposição teórica de Marx. Lendo o *Capital*, fica claro que a sociedade capitalista permanece como o objeto central de pesquisa do autor. A apresentação da mercadoria como ponto de partida é legatária da sua busca incansável em desnudar as nuances do modo de produção capitalista; apresentá-la como ponto de partida tem a ver com a lógica de exposição do objeto¹⁰³.

De acordo com Netto (2011), a Teoria Social de Marx não pode ser desvinculada

¹⁰³ Ao apresentá-la como ponto de partida, o autor estava sendo fiel à perspectiva de totalidade apreendida com Hegel, ou seja, a escolha não era arbitrária; a mercadoria é a célula elementar do capitalismo, constitui-se numa totalidade simples, numa categoria ontológica, que contém em si própria, ainda que num patamar altamente abstrato, toda as conexões e contradições existentes na sociedade capitalista (TEIXEIRA, 2015, p.12).

do seu método e vice-versa, uma vez que no método marxiano tem-se uma indissociável conexão entre elaboração teórica e formulação metodológica. É imprescindível a articulação de três categorias:

- Totalidade: para Marx a sociedade capitalista é uma totalidade concreta formada por outras totalidades que estão em movimento. Deve-se captar a totalidade do ser em suas múltiplas determinações e relações;
- Mediação: para capturar a totalidade é imprescindível mediações (internas e externas) que articulam as totalidades, uma vez que as relações entre as diversas totalidades não são imediatas;
- Contradição: Marx aponta na dinamicidade do movimento dos objetos (totalidades) seu caráter contraditório; desta forma, a contradição se constitui enquanto força motriz da relação dinâmica entre processos.

Na articulação das três categorias fundamentais (totalidade, mediação e contradição), Marx apresentou a perspectiva metodológica que lhe propiciou o exaustivo estudo da sociedade burguesa. O método de investigação, portanto, pressupõe uma pesquisa profunda sobre o fenômeno; cabe ao pesquisador, trabalhar com todos os dados empíricos possíveis de serem obtidos, mas não se contentar com o que foi encontrado, diante da necessidade da análise para reconstituí-lo no seu movimento real; só assim tendo a chance de captar as contradições, superando assim conclusões superficiais e podendo chegar à totalidade concreta.

Nesse sentido, aproveitando a distinção já apresentada entre método de investigação e método de exposição, a articulação das categorias contribui para clarear a originalidade do método de exposição, como também é momento onde se tem segurança para expor os resultados alcançados em forma de teoria.

Na análise dialética, deve-se estabelecer mediações com a totalidade; através dessas mediações, tem-se a chance de desvendar as contradições e múltiplas determinações do objeto.

Assim, essa breve discussão sobre o método marxiano é fundamental para apresentarmos nosso objeto em estudo, quando fica claro que não se pode captar o movimento do SISREG, sua criação, implementação e sua processualidade histórica num contexto de desmonte do Sistema Único de Saúde – SUS pela via de abstrações.

Precisa-se levar em consideração o processo histórico, captá-lo de uma abstração do movimento real que é dialético, objetivando tornar conscientes os fundamentos do fenômeno, entendê-lo na dinâmica da totalidade, tendo clareza que esta totalidade não é a abordagem de todos os fatos, e sim a captação do fenômeno (SISREG no Rio de Janeiro) como um todo estruturado, dialético, no qual em estudo sistemático e através de aproximações sucessivas do real poderá ser racionalmente compreendido.

2.3.1. Procedimentos Metodológicos

Partindo dos pressupostos já descritos anteriormente, para atingir os objetivos pretendidos e entendendo que o ponto de partida de uma investigação científica deve basear-se em um levantamento bibliográfico e em um estudo sistemático da literatura, iniciamos nosso trabalho com uma pesquisa bibliográfica abrangendo os estudos científicos já realizados sobre o SISREG e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados recentes e relevantes sobre o objeto em análise.

Segundo Minayo (1999):

[...] a abordagem dialética (...) se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. (...) Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. (...) Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam. (p. 24-25)

Considerando que a metodologia faz parte de um processo complexo, faz-se necessário avaliar, com rigor, a adequação entre o objeto de estudo e o marco teórico que o recorta. Assim, a metodologia adotada nesta proposta “inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador” (MINAYO, 1999, p.16), quando a determinação dos critérios para a construção de estratégias, instrumentos e procedimentos são fundamentais.

Caracteriza-se como uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa e explicativa, onde a pesquisa, para embasamento teórico, contou com dados quantitativos referentes à execução do SISREG, entre os anos de 2012 e 2018, no município do Rio de Janeiro. No que se refere à pesquisa documental, como não foi

possível realizar pesquisas in loco na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, nos valem os dados secundários e acesso livre e irrestrito que serviram para a caracterização do SISREG (Relatórios de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde) e dados presentes no Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde – SISREG III (acessível pelo sítio www.sisregiii.saude.gov.br).

Realizamos ainda pesquisa em outros sítios eletrônicos; coleta de dados em documentos públicos digitalizados da SMS/RJ, a fim de identificar a operacionalização da regulação via SISREG que vem sendo operacionalizada no município do Rio de Janeiro e de observações sistematizadas no cotidiano da prática como Assistente Social de uma Unidade de Saúde do município.

A abordagem qualitativa e explicativa justifica-se dado o caráter recente do objeto, e, também, devido à produção teórica sobre o assunto. De acordo com Gil (2007), a pesquisa explicativa tem o intuito de “identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, ou seja, este tipo de pesquisa explica o porquê das coisas através dos resultados oferecidos” (GIL, 2007: 43).

De acordo com Rigotto (1998), a validação das técnicas qualitativas de pesquisa, em sua maioria, tem sido marcada “por reflexões e debates de seus pressupostos, seja em relação às técnicas quantitativas, seja em relação à própria crítica teórico-metodológica que deve acompanhar, de forma consistente, o seu desenvolvimento” (1998, p. 120).

Quanto à estruturação para desenvolvimento da abordagem qualitativa, o estudo proposto classifica-se como uma pesquisa temática ou focal simples, de cunho exploratório (VASCONCELOS, 2015; GIL, 1994), pois pretende contribuir com o debate teórico, pouco aprofundado, sobre como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela atenção primária de saúde no período de 2012 a 2018.

Diante da reflexão trazida pelo estudo bibliográfico e pela observação exploratória, sentimos necessidade de uma aproximação com os usuários do SISREG, como forma de complementar a coleta de dados e para suprir a não realização da pesquisa de campo. Nesse primeiro momento¹⁰⁴, definimos por apresentar alguns

¹⁰⁴ Ressaltamos que após a defesa dessa Dissertação, daremos continuidade ao processo investigativo,

dados presentes na Página virtual do grupo “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”¹⁰⁵, sobre as dificuldades apresentadas pela população para acesso ao SISREG, desta forma, foi possível a aproximação a dados subjetivos sobre a problemática que todos enfrentam para acessar o SISREG.

Os resultados a serem apresentados foram divididos em dois subperíodos:

- 2012-2017: que marca o processo de descentralização na operacionalização dosistema.
- 2017-2018: que indica o início de uma reorganização do SISREG por uma via mais centralizada no nível central da prefeitura e retrocede no que tange à autonomia e diminuição de responsabilidades colocadas às unidades de APS, no período anterior.

Assim, cada um dos subperíodos desdobrou-se em reflexões que objetivam uma aproximação com as características principais do fenômeno em análise. Dialogamos, também, com documentos institucionais que fazem referência ao SISREG produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde e que não vêm sendo implementados; ou seja, existem uma série de lacunas na operacionalização da regulação no município do Rio de Janeiro.

2.3.2. Breve apresentação da produção bibliográfica sobre o SISREG

Para delinear o objeto de estudo, realizamos um levantamento bibliográfico sobre o SISREG e sua relação com a Atenção Primária de Saúde no Brasil e no Rio de Janeiro. Apresentaremos neste item o que já foi produzido sobre o SISREG e sobre a trajetória da Política de Saúde no Rio de Janeiro, a partir do que foi levantado no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – bdt.ibict.br/ -, que integra

através do Núcleo de Estudos Extensão e Pesquisa em Serviço Social (NEEPSS) da Faculdade de Serviço Social da UERJ e, se aprovada, seguiremos com a pesquisa no Doutorado.

¹⁰⁵ Movimento de trabalhadores de saúde criado em 1º de agosto de 2017, quando a PCRJ anunciou o fechamento de 11 Clínicas da Família na Zona Oeste da cidade, totalizando mais de 700 demissões e com uma estimativa de que o desmonte prejudicaria cerca de 300 mil habitantes. Com a organização do movimento e diversas mobilizações em todas as regiões da cidade, o prefeito recuou e começou a propagandear que as notícias eram falsas. In: Página do Movimento Nenhum Serviço de Saúde a menos – FACEBOOK, acesso www.facebook.com.

os sistemas de informação de teses e dissertações, e nos artigos publicados na base de dados online SciELO – Scientific Electronic Library – online.

Por tratar-se de uma temática recente e ainda pouco estudada, encontramos apenas oito pesquisas no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações que tratam sobre a temática do SISREG. São elas:

Quadro 3 – Estudos e pesquisa sobre SISREG

TÍTULO	RESUMO	AUTOR (A)	DADOS SOBRE O ESTUDO
1 - Análise da percepção do usuário da central de regulação de consultas e exames	Análise da percepção do usuário da central de regulação de consultas e exames – CRCE no município de Olinda /Pernambuco	SILVA, Mailton Alves da	Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.
2 - Regulação em Saúde	Estudo de caso no município de Florianópolis; objetivou identificar a relação do princípio da equidade e a realização das ações do Serviço de Regulação em um município de grande porte, localizado no sul do país.	CECHINE L, Caroline	Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2014
3 - Caminhos da Integralidade: dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Pirai – RJ	Análise dos diversos mecanismos adotados pela Central de Marcação de consultas da Secretaria Municipal de Pirai, para operacionalização do complexo regulador municipal. Abordagem do SISREG como um dos principais operacionalizadores para as Centrais de Regulação.	MAIA, Marlucia Reis	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social – IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 2012
4 - Assistência Oncológica de alta complexidade na macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso	Avaliação da regulação do acesso à assistência oncológica de alta complexidade na Macrorregião de Florianópolis, à luz dos critérios normativos preconizados no âmbito do SUS. Como principais resultados destacou a incipiência do Complexo Regulador Estadual na regulação do acesso.	KNISS, Rosiane	Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2015

5 - Análise de estratégia para aplicação de sistema eletrônico na referência e contrarreferência nos serviços de saúde	Análise das estratégias de implantação do Sistema Eletrônico na Referência e Contrarreferência em Unidade de Saúde da Família – USF no município de Anapólis – Goiás. Como principais conclusões, evidenciou retorno positivo na implantação do sistema de referência e contrarreferência por meio eletrônico.	MORATO, Márcia Gasparini Canuto	Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, 2013
--	--	---------------------------------	--

- Regulação da saúde no estado do Pará: Um estudo na região metropolitana de Belém	Análise da regulação dos serviços de saúde, na Região Metropolitana I, do estado do Pará (Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides), tendo em vista complexos e centrais de regulação preconizados pelo SUS. Nos resultados constatarem-se fatores limitantes relacionados à grande demanda; falta de indicação dos casos prioritários e falhas nos critérios de encaminhamento à regulação; indisponibilidade de leitos, dificuldades sistêmicas em relação aos serviços pactuados e ao SISREG; procedimentos de difícil agendamento e execução; aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos; problemas de informações nos fluxos de informações entre a atenção primária e a regulação. Como potencialidades, destacam-se: incremento de recursos financeiros à saúde; reorganização de procedimentos internos de regulação; atendimento das necessidades dos usuários; formação em saúde aos profissionais da regulação, dentre outros.	ALVES, Maria Barbosa	Tese de Doutorado – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019
7 - Ações de enfermagem do serviço de orientação de alta do Hospital Estadual do Rio de Janeiro: estudo de caso	Análise do perfil das readmissões hospitalares, a partir dos relatórios dos atendimentos realizados no serviço de orientação de alta do Hospital Estadual do Rio de Janeiro. Nas conclusões verificou que quanto às ações do serviço de orientação de alta, 65,52% dos pacientes readmitidos, aguardavam marcação de consulta pelo SISREG e pela demora na autorização foram readmitidos a unidade hospitalar. No estudo aponta-se grande lacuna entre a alta complexidade e a continuidade do tratamento na APS.	BATISTA, Carolina Siqueira Dantas Guedes	Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2013

8 - Unidade de Pronto Atendimento: Olhares do usuário à produção do cuidado	Estudo das singularidades da produção do cuidado na perspectiva do usuário, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade do Rio de Janeiro, e os desafios das unidades de emergência na produção do cuidado. Teve como objetivo analisar a produção do cuidado na Rede de Urgência e Emergência, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários. Os principais resultados revelaram fissuras/meandros da rede de saúde, a multiplicidade do território existencial do usuário e as disputas elaboradas pela garantia do direito à saúde; apontou inovações no campo das tecnologias leves elaboradas pelos trabalhadores da unidade e apresentou as percepções destes sobre a regulação de vagas (SISREG).	ANDRAD E, Bárbara Bulhões Lopes de	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense – UFF, Faculdade de Medicina, 2017
---	---	------------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria, a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações setembro 2019.

Nos artigos levantados pelo banco de dados online SciELO com o termo SISREG, encontramos apenas o artigo: “A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios”, produzido por autores que ocuparam cargo de gestão na prefeitura do Rio de Janeiro.

O pequeno número de estudos sobre o SISREG no país é um sinal de que precisamos apostar na relevância científica desse tema e a apropriação dos resultados das pesquisas já realizadas está sendo decisiva para a delimitação deste estudo.

O Artigo “A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios” foi organizado por Luiz Felipe Pinto; Daniel Soranz; Mariana Tomasi Scardua e Landara de Moura Silva, autores que faziam parte de cargos de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro nas gestões de Eduardo Paes. Cabe destacar o nome de Daniel Soranz, que foi Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na segunda gestão de Eduardo Paes, e um dos responsáveis por implantar o SISREG no município do Rio de Janeiro. Assim, este estudo, uma das poucas referências bibliográficas para abordarmos o SISREG no Rio de Janeiro, foi elaborado por autores que faziam parte da Gestão de Eduardo Paes, marcada pela ampliação da cobertura assistencial e modernização da gestão da rede municipal de serviço pelo modelo de gestão privatizante, sem compromisso com os princípios defendidos pelo SUS.

Por ter encontrado apenas um artigo com o termo SISREG, definimos por ampliar a busca para os termos “Sistema de Regulação e a Atenção Primária de Saúde” no

banco de dados online SciELO e identificamos nove artigos que repetem as afirmações encontradas no artigo apontado anteriormente. Dentre os oito artigos restantes, destacamos dois como importantes para nossa pesquisa. O Artigo “Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde”, organizado por Patty Fidelis de Almeida; Maria Guadalupe Medina; Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Aylene Giovanella; Maria Helena Magalhães de Bousquat, é um estudo estratégico que realiza uma revisão dos estudos sobre a coordenação do cuidado, tendo como objetivo norteador a identificação de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação no Sistema Único de Saúde.

Quanto ao artigo - “A avaliação da referência e contrarreferência no Programa de Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)”, organizado por Carlos Gonçalves Serra e Paulo Henrique de Almeida, é um estudo de 2010 que apresenta os resultados de pesquisa realizada sobre o sistema de referência e contrarreferência, em apoio ao Programa/Estratégia Saúde da Família, nos municípios de Duque de Caxias (RJ) e do Rio de Janeiro. Uma das premissas da pesquisa é de que o PSF, para ser resolutivo, precisaria contar com o apoio do nível secundário em termos de realização de consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos, o que depende do funcionamento da referência e contrarreferência. Dentre os principais resultados está a limitada oferta de consultas e exames; inexistência ou precariedade de contrarreferência; má organização das atividades de regulação, dentre outros.

No levantamento de estudos realizados, podemos destacar a inexistência de uma análise mais aprofundada sobre o SISREG no município do Rio de Janeiro. Observamos a presença dos princípios do SUS como parâmetro, porém, geralmente, os estudos focam em um ou outro princípio, desconsiderando que os princípios e diretrizes da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização, da participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado, constituem-se como uma totalidade orgânica a ser transformada em realidade; na lógica do SUS não podem ser fragmentados.

Em 2015, a dissertação de mestrado, defendida por Angélica Pereira da Rocha intitulada “Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro - RJ: efeitos da inserção da APS na Regulação”, analisou, dentre outras variáveis, o tempo

médio de espera para consultas para algumas consultas e procedimentos; foi um estudo bastante relevante e referência para nossa pesquisa.

Destacamos que não encontramos no levantamento bibliográfico reflexões realizadas na área de Serviço Social. Existem sim, na área de Serviço Social, estudos que envolvem a temática da regulação, dentre os quais, destacamos a dissertação “Um estudo sobre o acesso dos usuários da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ aos serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro”, de Dayana Valério Coimbra de Macêdo. O estudo teve como objetivo a identificação das dificuldades encontradas pela população no acesso aos serviços públicos de saúde. Seu foco de análise partiu de uma unidade secundária e como resultados identificou o ataque à universalização dos serviços sociais e fomento à privatização, sendo os serviços ofertados aos segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora, que não possuem condições de buscar o atendimento de suas necessidades no âmbito privado. A autora ressalta em suas conclusões que o SUS tem sido parcialmente executado.

Outro estudo identificado na área de Serviço Social consta dos Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS/2018), denominado: “Regulação Assistencial Intra-hospitalar no âmbito do SUS: as contribuições do Assistente Social em um Hospital em São Luís (MA)”. Os autores abordam a temática da regulação com foco no setor terciário e *o assistente social compondo a função como um dos reguladores*.

Cabe apontar que no levantamento bibliográfico realizado, através de dados qualitativos sobre o SISREG enquanto ferramenta no processo de regulação da saúde, o estudo de Luiz Carlos Oliveira Cecílio¹⁰⁶ é bastante estratégico para respaldar nossa análise no município do Rio de Janeiro. O artigo “O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado”, publicado em 2014, como resultado de uma pesquisa que teve como objetivo caracterizar que existem outras lógicas de regulação, para além da governamental, identificou quatro regimes de regulação, a saber: Regulação Governamental; Regulação Profissional; Regulação Clientelística; Regulação Leiga.

¹⁰⁶ Como apontado na introdução, trata-se de uma pesquisa realizada em dois municípios do ABCD paulista. A pesquisa foi realizada entre 2010 -2014, com os primeiros resultados publicados em 2014. Coordenada por CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira, contou com a participação de vários autores e pesquisadores, dentre eles: CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie e SOUZA, Ana Lúcia Medeiros.

1 - Regulação Governamental: Realizada principalmente por Gestores; equipes de regulação; formuladores da política. É a presente na NOAS-SUS 01/02, onde o termo regulação deriva da disponibilidade da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de complexos reguladores, articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos, além das ações de avaliação e controle. Precisa estar disponível no tempo adequado e depende de todos os sujeitos inseridos no processo da regulação.

A forma de operar a regulação governamental, ocorre de duas formas:

A. Regulação governamental burocrática (vertical, normativa, centralizada): atua segundo os princípios burocráticos de autoridade legítima, competência técnica, comunicação formal, impessoalidade, segundo as definições weberianas de burocracia¹⁰⁷.

B. Regulação governamental negociada (pactuada, descentralizada, com compartilhamento e responsabilidades): atua segundo os princípios do agir comunicativo, adotando regras flexíveis e contratualizadas entre os vários atores. Deve seguir protocolos com critérios de encaminhamento e ter disponibilização de vagas em serviços de saúde de variadas complexidades. Com definição de responsabilidades na RAS.

Importante ainda estabelecer fluxos preferenciais na rede de saúde; ter capacitações profissionais de forma continuada; construção de grandes redes de cuidado formalizadas, ordenadas e estáveis, na direção do que o Ministério da Saúde vem propondo¹⁰⁸, dentre outros.

Fundamental o aumento e disponibilidade de serviços para produzir a

¹⁰⁷ Advindo de Max Weber, um pensador social, fundador e expoente da teoria sociológica clássica, ele elaborou um conceito de burocracia baseado em elementos jurídicos do século XIX, concebido por teóricos do Direito. Dentro dessa perspectiva, a burocracia pode ser definida como aparato técnico administrativo, formado por profissionais especializados, selecionados segundo critérios racionais e que se encarregavam de diversas tarefas importantes dentro do sistema. Weber ainda ressalta que foi dentro do Estado Moderno e da ordem legal que a burocracia atingiu seu mais alto grau de racionalidade. Afirmar que a burocracia moderna não é apenas uma forma avançada de organização administrativa, com base no método racional e científico, mas é também uma forma de dominação legítima (a burocracia e a burocratização são inevitáveis e crescentes, presentes em qualquer tipo de organização, seja ela de natureza pública ou privada). In: Anotações realizadas na Disciplina de Teoria e Método nas Ciências Sociais, ministrada pela Professora Valéria Forti. PPGSS/UERJ, 2018

¹⁰⁸ Após aprovação da Política Nacional de Regulação em 2008.

integralidade do cuidado; garantir maior chance de acesso para as pessoas que mais precisam ser cuidadas (produzir equidade no sistema de saúde); garantir cobertura para uma ampla rede de APS e utilização mais criteriosa e racional dos recursos públicos.

2 - Regulação Profissional: Geralmente representada pelos médicos e outros profissionais de saúde¹⁰⁹, utilizam o carimbo (principalmente, no caso dos médicos) e o poder legal-formal de encaminhar, atuam como operadores da regulação governamental. Podem subordinar-se à lógica da regulação formal ou podem agir de forma criativa, “flexibilizando” e aprendendo a usar as regras da regulação formal, a depender do que ele avalia serem as necessidades do usuário. Segundo Cecílio et al (2014), é um “correr por fora” do Sistema formal, onde prevalece o poder profissional em detrimento do institucional, uma vez que é na sua articulação profissional alargada que ocorrerá a referência para o seu agir profissional. Aqui, o profissional tem poder para viabilizar um fluxo mais ágil e resolutivo. Não podemos negar que esse espaço pode ser perigoso e pode criar favorecimentos para determinados grupos de usuários que demandam os serviços.

3 - Regulação Clientelística: realizada principalmente por políticos ocupantes de cargos eletivos; dirigentes de entidades de classe; representantes de grupos sociais; conselheiros que atuam em instâncias formais de controle do SUS; dentre outros. Utilizam do poder de troca da regulação de vagas para ganhar apoio político, sendo o voto, a moeda de troca. Tanto para obter potentes eleitores nos processos eleitorais, quanto para apoiar projetos do executivo que necessitam de votação do legislativo. Nesse regime de regulação clientelístico, os atores mais reconhecidos são os membros dos legislativos locais – os vereadores clientelistas. O modo de operação é via pressão e barganha, ou seja, acesso aos serviços em troca de votos.

Cecílio et al (2014) chamam atenção em sua análise que, nesse regime clientelista, pode-se ver também diferentes modos de composição operando em conjunto, tanto com o regime governamental em particular, quanto com o regime profissional para que

¹⁰⁹ Aqui incluímos a/o Assistente Social, quando Cecílio ET AL (2014), aponta sobre a importância do “correr por fora” do sistema formal de regulação, é imprescindível que ocupemos este espaço. Trataremos dessa discussão mais adiante.

funcione a “agilização” e a flexibilização dos fluxos. Aponta ainda que essa regulação pela via clientelística diminui a capacidade política e operacional da regulação governamental de produzir equidade. Segundo Cecílio et al (2014)

A regulação clientelística surgiu com muita intensidade quando os secretários de saúde dos dois municípios falam, por exemplo, de como era a regulação e do que têm feito para mudá-la em suas cidades, como podemos ver neste relato: “Tinha o seguinte (...) Central de Vagas o que era? Receber pedidos de vereadores para fazer agendamento, então as guias de interconsulta aqui eram assim: ‘Quem indicou?’ Então o vereador pastor fulano de tal, vereador fulano de tal, deputado tal, (...) Era uma prática institucionalizada que ainda permanece em alguns gabinetes”. Ou, como reconhece o outro secretário: “Agora aqui sempre teve uma prática política da secretaria da saúde, particularmente com os vereadores e com os conselheiros extremamente paternalista.

4 - Regulação Leiga: realizada principalmente por usuários; cuidadores informais; familiares; parentes; vizinhos e amigos: pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos globais de saúde disponibilizados no SUS e noutros setores de produção de saúde, como o suplementar. Segundo Cecílio et al (2014), na regulação leiga, o controle de recursos pode ser exercido de três formas:

Cognitiva: todas as formas de conhecimento que esses atores adquirem por meio do saber baseado na experiência e submetido a processos de constante reflexividade, de caráter informal, de natureza objetiva e articulado a diferentes âmbitos locais, ganhando cumulatividade ao longo das diferentes fases do ciclo de vida – a importância dos espaços e dos tempos. Mas também de natureza subjetiva, na medida em que a interiorização de todas essas formas de saber, baseadas na experiência, dá origem à construção de vários projetos de identidade com o usuário.

Relacional: composição e dimensão das redes de parentesco; composição e dimensão das redes sociais de vizinhança; a pertença e o agir nas redes sociais de influência: as redes de relações profissionais; as redes de sociabilidades à volta das crenças e dos cultos (religiosos, espirituais etc.), à volta das filiações e militâncias partidárias; à volta dos círculos de convívio em festividades públicas, em festas nas famílias e nas comunidades. Os sistemas de referência mais valorizados por cada usuário (as referências profissionais, as referências do mundo da vida dos usuários – as suas mundividências e as suas multividências).

Econômica: rendimentos, salários, pensões, empréstimos e outras formas de

aquisição de dinheiro que permitam aceder e/ou comprar os bens de saúde, públicos ou privados, de carácter mais ou menos mercantil, desde os planos de saúde, os medicamentos, as consultas, as cirurgias, os exames etc.

Essas formas acabam por conseguir êxito no processo de regulação pela quantidade de tentativas ou estratégias diferenciadas: por experimentação sucessiva, por obtenção de contatos estratégicos, por criação de vínculos, por localização de pontos de conexão e por identificação de linhas de fuga;

Os leigos apropriam-se de conhecimento formal/científico: utilizam literatura de divulgação de conhecimento médico e de aconselhamento de saúde, consulta a internet, descobrem fontes de informação etc.; Instrumentalização dos conhecimentos adquiridos pelos modos/vias anteriores; produzem referências próprias em alternativa às referências padronizadas; inventam agenciamentos alternativos aos formalmente propostos; organizam formas de circulação imprevisíveis; Produção de uma racionalidade alternativa à racionalidade médica: faz diagnósticos; reconhece necessidades; posiciona-se diante das prescrições terapêuticas; avalia a relação terapêutica; avalia o desempenho profissional e o julga de acordo com as suas referências e os seus critérios; faz propostas, elabora sugestões e organiza encaminhamentos para evitar demoras, para ultrapassar bloqueios, para circular mais rapidamente na morosidade do Sistema de Regulação.

Esse estudo de Cecílio e sua hipótese de que esses quatro regimes de regulação poderiam ser encontrados em outros locais posteriormente é bem assertivo e contribuirá para apontarmos as diferentes lógicas de regulação presentes no Rio de Janeiro.

Assim, na definição da regulação clientelística da Gestão de Crivella, é impossível não fazer menção ao episódio “Fala com a Márcia”, ocorrido em 2018, onde o referido prefeito envolveu-se num escândalo que ficou conhecido como “Café da Comunhão” ou “Marciagate”. Reunido com um grupo de 250 convidados, pessoas ligadas às igrejas evangélicas, Crivella apresentou possíveis facilidades no que tange ao uso do SISREG e descortinou possíveis práticas clientelistas que ferem os princípios do SUS, como universalidade e equidade. Na referida reunião o prefeito anuncia

na prefeitura, estamos fazendo mutirão da catarata. A Márcia trabalha comigo há 15 anos. Ela conhece os diretores de toda a rede federal – Ipanema, Lagoa,

Andaraí, Bonsucesso, do Fundão... Ela conhece os diretores de todos os hospitais da rede municipal, que eu já apresentei a ela, que já vieram e almoçaram conosco, de maneira que ela me representa em todos esses setores: Miguel Couto, Souza Aguiar, Lourenço, Salgado, Piedade e por aí afora. Nós estamos fazendo o mutirão da catarata. Contratei 15 mil cirurgias até o final do ano. Então se os irmãos tiverem alguém na igreja com problema de catarata, se os irmãos conhecerem alguém, por favor falem com a Márcia. É só conversar com a Márcia que ela vai anotar, vai encaminhar, e daqui a uma semana ou duas eles estão operando (EPSJV/FIOCRUZ, 13/07/2018)

O interessante da reflexão de Cecílio et. al. (2014) é que a classificação dos regimes de regulação interage e pode até divergir da regulação governamental, que é aquela que vai sendo produzida pelo arsenal jurídico instituinte do SUS, baseada conceitual, ética e politicamente nos princípios de direitos e cidadania preconizados pela Constituição de 1988, com especial ênfase para os princípios da universalidade (acesso universal para todos os cidadãos) e princípio da equidade (com adequação de cuidados particulares a necessidades específicas). É responsabilidade do governo e o mesmo reivindica ser o regulador principal, senão o único capaz de garantir tais direitos. Porém nem todos os sujeitos e atores sociais envolvidos no processo atuam de acordo com o conceito de regulação conforme apresentado acima; buscam mudar as regras do jogo, instituindo novos modos de regulação, como as já identificadas (governamental, profissional, clientelística e leiga) e, conforme Cecílio et. al. (2014), é possível encontrar agir profissional, agir leigo, agir clientelístico e/ou todos juntos numa continuada correlação de forças, que “vão assumindo configurações singulares em cada contexto sócio-histórico-político específico” (CECÍLIO, et al (2014, p. 1507).

2.3.3. A Central de Regulação Carioca – apresentando o SISREG/RJ

Resgatando o que já foi discutido sobre o sistema de referência e contrarreferência no SUS, trata-se de um instrumento organizador e ordenador das práticas de assistência e serviços ofertados, denominado de regulação. A regulação em serviços de saúde institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em dar respostas às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. É um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção

à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (BRASIL, 2003).

Regular conforme a Política Nacional de Regulação¹¹⁰ pode representar:

- A possibilidade de oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial;
- organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime;
- organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população;
- otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação;
- fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada.

No Rio de Janeiro, haja vista sua capacidade instalada e por ser a capital do estado, a rede municipal oferta serviços desde a atenção básica até a rede especializada. De acordo com dados presentes no Plano Municipal de Saúde¹¹¹, ocorreu um crescimento expressivo quando se observa a série histórica dos últimos anos, o que não foi acompanhado pelas esferas estadual e federal. Em 2016, a SMS foi responsável por 70% de tudo que foi produzido pela Rede SUS no município do Rio de Janeiro. Já a Secretaria Estadual de Saúde (SES) respondeu apenas por 15%, a rede federal por 11% e a rede privada contratada pelo SUS, por uma média de 3%.

No nível de Atenção Secundária, que contempla os serviços de média complexidade desenvolvidos em policlínicas, atualmente a cidade conta apenas com 10 policlínicas distribuídas em nove áreas de Planejamento (AP), não havendo unidades especializadas nas AP 3.3. Há, também, oferta de consultas em especialidades clínicas nos ambulatórios de algumas unidades hospitalares.

O acesso às especialidades é feito mediante encaminhamento da Atenção Primária, via SISREG, para várias especialidades médicas, dentre as quais podemos citar: Acupuntura; Alergologia; Cardiologia; Dermatologia (incluindo pequenos

¹¹⁰ Instituída em 2008, através da Portaria GM/MS nº 1.559/2008.

¹¹¹ Plano Municipal de Saúde (2018-2021).

procedimentos cirúrgicos); Fisiatria; Gastroenterologia; Geriatria; Ginecologia; Hepatologia; Homeopatia; Infectologia; Mastologia; Nefrologia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pneumologia; Pediatria; Pré-natal de risco; Psiquiatria; Radiologia; Reumatologia; Urologia e alguns procedimentos, dentre eles cardiotocografia, dopplerfluxometria obstétrica, ecocardiograma, eletrocardiograma, ergometria e ultrassonografia.

Quanto às especialidades não médicas, há a oferta para centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros Especializados em Reabilitação (CER), Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. Antes do SISREG, o acesso a esses serviços ocorria ou por demanda espontânea (no caso das consultas especializadas) ou através de encaminhamentos assim constituído: o médico da APS preenchia um formulário de encaminhamento e o entregava ao usuário para que ele providenciasse o agendamento ou a vaga. Essa forma de acesso gerava muitas distorções, incluindo aí o elevado tempo para se conseguir acessar determinados serviços; sem contar que era bastante injusto a falta de planejamento para acessar a rede de uma cidade tão grande e complexa.

Assim, o SISREG veio como uma ferramenta que pode referenciar as demandas dos usuários do SUS em tempo real, sendo um importante mecanismo do sistema de regulação, já que pode proporcionar a integralidade do acesso aos diferentes níveis através de um sistema informatizado.

Porém, na cidade na cidade do Rio de Janeiro, não vem ocorrendo o redimensionamento da oferta em Atenção Especializada à Saúde. Considerando-se que ocorreu sim uma ampliação de acesso na Atenção Primária, no período de 2008 a 2016, ela não veio acompanhada de expansão na rede secundária; o que ocorreu foi uma diminuição de oferta na rede serviços, criando uma fila de espera virtual, principalmente para consultas de Oftalmologia; Urologia; Consulta para Cirurgia Geral, Consulta em Ginecologia Cirúrgica, Consulta em Odontologia; Consulta em Cirurgia Pediátrica, Consulta em Cardiologia. Para os procedimentos, as maiores demandas e falta de vagas são por ecocardiografia transtorácica, Endoscopia digestiva, doppler venoso, ultrassonografia, oftalmologia, colonoscopia e teste ergométrico¹¹².

Com essa demanda reprimida, fica claro que a Regulação em Saúde no Rio de

¹¹² Dados presentes no Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2018-2021).

Janeiro está em contradição com a Política Nacional de Regulação. No que tange ao Complexo Regulador do Município, este foi criado em 2009¹¹³ e abrange unidades de trabalho responsáveis pela regulação de urgências, consultas, exames e leitos. Antes, a regulação do acesso à assistência funcionava de maneira fragmentada por três centrais de regulação independentes e localizadas em diferentes estruturas da Secretaria Municipal de Saúde.

O Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro funciona 24 horas por dia, durante os 07 dias da semana, e conta com profissionais médicos, enfermeiros, analistas de regulação, videofonistas, assistentes administrativos, entre outros, todos com cadastro ativo no CNES. Esta estrutura atende à demanda de agendamento de regulação de consultas e exames de atenção especializada, regulação de leitos complementares, de longa permanência, de apoio e de saúde mental, atendimento pré-hospitalar móvel, regulação inter-hospitalar de urgências e emergências, transporte de sangue e hemoderivados, mutirão de cirurgias eletivas, mandados judiciais, dentre outros.

O sistema, utilizado para agendar os procedimentos de regulação é o SISREG III, que atualmente está integrado a outras ferramentas informatizadas desenvolvidas pela SMS-Rio, possibilita a distribuição de vagas de urgência e emergência, de internação, a liberação de ambulâncias em tempo oportuno, entre outras ações.

A regulação operacionalizada pelo SISREG está dividida em: **Regulação Ambulatorial e Regulação Hospitalar, Urgência e Emergência**. Ainda que sejam operadas pelo mesmo sistema SISREG e mantenham relações entre si, ainda que não aparentes, como as cirurgias, por exemplo, que podem ser retardadas, adiadas, pela falta ou atraso nos exames laboratoriais necessários ao diagnóstico e à própria intervenção, por questões de nosso foco de estudo, é a Regulação Ambulatorial que envolve a APS que recortamos para análise.

Porém, por entendermos que elas precisam estar sendo organizadas juntas numa mesma Central Única de Regulação é que precisamos destacar alguns aspectos da **Regulação Hospitalar, Urgência e Emergência** que, como sinalizado, não é foco da nossa análise.

A Regulação Hospitalar, Urgência e Emergência atua de forma centralizada,

¹¹³ Aprovado pela Deliberação CIB-RJ nº 869 de 11 de março de 2010.

sendo responsável pelas ações de internações, vaga zero (urgência e emergência) e controle do sistema de ambulâncias. Compõe ainda esse eixo de atuação as atividades desenvolvidas pelas equipes de monitoramento e utilização de leitos no âmbito das unidades hospitalares municipais. Basicamente, é constituída pelas diferentes especialidades médicas, enfermeiros e equipe administrativa. As equipes estão, desde 2014, atuando e deveriam ser um elo entre o Complexo Regulador e as unidades hospitalares, já que foram criadas para manter permanentemente atualizadas as informações do mapa de leitos, otimizar a ocupação de leitos e aumentar o índice de giro.

Mas dada a complexidade de um sistema regulador como o da capital carioca, com ínfimos investimentos em inovação tecnológica e acesso amplo à rede de internet, a pergunta que fica é: Será que a atualização desse Sistema informatizado é confiável? Será que os trabalhadores não enfrentam dificuldades cotidianas para alimentar esse Sistema de Informação?

Como resposta, frente as informações de domínio público, é fato que ainda não existe uma oferta de leitos das unidades da rede SUS localizados no município do Rio de Janeiro sendo disponibilizado à regulação municipal, principalmente no que se refere às redes federal e estadual.

Esse cenário precisa urgentemente ser revisto, porque é impossível organizar a operacionalização das Centrais Municipal e Estadual de forma separada. Sem investir numa Central Única de Regulação, será impossível caminhar de acordo com o que está previsto na Política Nacional de Regulação. A começar pelos endereços diferentes, importa reconhecer ainda que, no Rio de Janeiro, não existe cogestão entre os poderes municipal, estadual e federal; o que existe são ações fragmentadas e sem planejamento estratégico entre as três esferas do SUS.

Mesmo contando com uma vasta rede de hospitais, pertencentes às esferas municipal, estadual e federal, onde são realizadas consultas com especialistas e exames na rede pública municipal do Rio de Janeiro, via SISREG, o processo de encaminhar o paciente da atenção básica a um nível especializado de atendimento não acontece de forma organizada e planejada pela referência e contrarreferência. O inverso acontece também; a contrarreferência não vem sendo valorizada no Rio de Janeiro. O que percebemos é um grande desconhecimento dos profissionais sobre as

possibilidades existentes na RAS/RJ. Ninguém conversa com ninguém, ninguém articula com ninguém e, o pior, nós, profissionais de saúde, estamos acostumados a lidar com profissionais na APS que não aprenderam a valorizar a documentação¹¹⁴ presente na mão do usuário. Dados no setor de Serviço Social do CMS Oswaldo Cruz ainda não sistematizados e que não podemos apresentar, devido pendências com o CEP/SMS, revelam as lacunas encontradas na falta de articulação e intersetorialidade.

A apreensão deste quadro ajuda-nos a entender que é impossível ter uma regulação resolutiva, sem contextualizarmos os problemas da RAS; o processo de regulação é ato humano, ou seja, pensado, planejado e executado por trabalhadores e não por recursos tecnológicos. O SISREG é uma ferramenta e só funciona com a valorização do trabalhador que o opera; trabalhadores que tenham autonomia para operar um sistema horizontalizado e com protocolos; não para burocratizar, mas sim para que ocorra uma distribuição de vagas integralizada, universal e equânime aos princípios do SUS. É essa operacionalização do SISREG na APS que pode fortalecer a coordenação do cuidado, bastante estratégica na porta de entrada do SUS, respeitando os diferentes níveis de complexidade do SUS.

É na contramão de uma perspectiva que indica a operação do SISREG sintonizada com os princípios e diretrizes do SUS que está o município do Rio de Janeiro que tem uma lacuna muito grande na atenção especializada e sem comunicação na RAS.

Retomando nossa reflexão, quanto a **Regulação Ambulatorial**, ela atua de forma descentralizada para grande parte dos procedimentos, onde médicos das unidades de APS solicitam e agendam de acordo com a disponibilidade de vagas. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a capacidade regulatória da SMS é de uma média de 6.000 procedimentos regulados por dia, porém, a operacionalização dessa capacidade não ocorre na prática; com isso, os princípios da acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado ficam comprometidos na atenção primária.

No que tange aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, que são chamados de procedimentos estratégicos, inclui-se uma extensa lista, dentre eles

¹¹⁴ Guia de referência; contrareferência (esta, raramente preenchida pelos especialistas!); sumário de alta e encaminhamento a unidade de origem, geralmente, estão nas mãos do usuário no seu retorno à unidade de APS, e facilitariam na continuidade do acompanhamento de saúde, se fossem valorizadas pelos profissionais generalistas, porém não é uma realidade concreta.

estão: Oncologia; Cirurgia Bariátrica, Plástica Reparadora pós-bariátrica ou Mastectomia; Neurocirurgia; Ortopedia; Cirurgia Vascular; Cardiologia Intervencionista; Radioterapia; Hematologia; Angioplastia; Gestação de Alto Risco; Terapia Renal Substitutiva; Neurogenética; Braquiterapia; Endocrinologia, além dos exames de Cateterismo Cardíaco, Arteriografia, Histeroscopia e Cintilografia. Todos esses procedimentos são regulados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, por meio da Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ), que atua em regime de cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em consonância com Pactuação Bipartite¹¹⁵.

Muitos questionamentos sobre essa cogestão devem ser apontados, uma vez que é notório no município do Rio de Janeiro a não efetivação do que consta em seus planos governamentais. É fato que ocorreu essa pactuação bipartite em 2015, porém, na prática, não vem se efetivando essa cogestão, não desconsideramos aqui alguns esforços que vêm sendo realizados para a criação de uma Central Única de Regulação. Mas é inviável qualquer avanço nesta proposta, uma vez que até as localizações das Centrais de Regulação funcionam em locais diferentes¹¹⁶, e o que esperar de um processo de regulação com o ente estadual, que é moroso e desrespeitoso com o usuário desde a inserção no sistema, até um possível agendamento? A Central Estadual de Regulação (CER) consegue ser pior do que o SISREG no quesito demora e/ou devolução das solicitações ao responsável pela solicitação da vaga, que, no caso, é a unidade de Atenção Primária. Neste contexto, é comum nas unidades de APS se eleger um “trabalhador especialista”¹¹⁷ em Sistema Estadual de Regulação (SER);

¹¹⁵ De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro as pactuações foram formalizadas através das deliberações: CIB RJ Nº 3.470 de 20 de julho de 2015, onde pactuou a criação de uma Central Unificada de Regulação – REUNI RJ – com o objetivo de ordenação do acesso dos usuários dos municípios fluminenses a serviços estratégicos localizados no município do Rio de Janeiro; e deliberação CIB RJ nº 3.534 que agrega os procedimentos estratégicos a serem regulados exclusivamente pela REUNI/RJ.

¹¹⁶ A Central de Regulação do SISREG funciona no Hospital Municipal Souza Aguiar, já a Central de Regulação Estadual (CER) funciona na Rua Carmo Neto, s/nº, Cidade Nova, Rio de Janeiro.

¹¹⁷ Esta classificação é por conta da autora desse trabalho. Nas observações sistematizadas sobre o setor do (Núcleo Interno de Regulação (NIR) do CMS Oswaldo Cruz, é possível afirmar que nem todos os trabalhadores dão conta de inserir de maneira correta a solicitação de vaga no sistema de regulação estadual, o que acontece, principalmente, quando a vaga deve ser colocada no SER. É comum funcionários orientarem o usuário a voltar em outro horário ou aguardar a funcionária X, ressaltando que “aí é certo da vaga sair”. Pretendemos seguir com a pesquisa de campo após a defesa dessa Dissertação, porque, ouvir os trabalhadores de cada setor nas unidades de APS será fundamental para desvelarmos os problemas da Regulação no Rio de Janeiro.

exemplo disso ocorre no CMS OswaldoCruz, onde nem todos os funcionários do setor realizam esse tipo de solicitação ou realizam e, geralmente, são devolvidas por falta de dados.

No Plano Municipal, aponta-se uma ampliação progressiva de vagas ambulatoriais que são ofertadas pelo SISREG, uma oferta que passou de 231.644, em 2010, para 1.425.101, em 2016. Porém, esse resultado não foi capaz de corrigir problemas para uma boa consolidação de resultados, haja vista que a pactuação de metas de regulação no âmbito dos contratos e convênios; os termos de compromisso com as policlínicas municipais e uma maior articulação com a rede federal vêm sendo questionados como problemas pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ), há mais de 06 anos¹¹⁸.

Segundo a SMS/RJ, as unidades próprias municipais são responsáveis pela oferta de mais de 60% dos procedimentos (consultas clínicas e exames), enquanto os prestadores privados, os hospitais e institutos federais contratados e universitários ficam responsáveis por 24,2%, 7,4% e 8,3% dos procedimentos, respectivamente.

Para essa regulação assistencial funcionar, existem os protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, os quais foram criados para subsidiar a organização do fluxo dos pacientes na rede assistencial, norteados pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência a Saúde (PPI), que define os parâmetros e os limites financeiros destinados à assistência à saúde da população referenciada.

Esses protocolos seriam fundamentais para uma boa organização do fluxo, porém, em muitos casos, são bastante técnicos, frios e burocráticos para a oferta de uma vaga. Quando a solicitação de uma vaga não está dentro dos critérios, a solicitação retorna à unidade de origem como 'devolvida' e a pergunta que fica é sobre o tempo de espera para o usuário/a. Será que um nódulo na mama, apalpado por uma médica que imediatamente indica a necessidade de diagnóstico, pode esperar pelo fato da solicitação de exames não ter cumprido as etapas burocráticas? Quando essa mesma mulher questiona o porquê da sua ultrassonografia mamária e/ou mamografia não ter sido autorizada na sala de atendimento do Serviço Social, é que vemos o quanto é

¹¹⁸ Detalhamento da situação será apontado posteriormente.

necessário se atentar para o calhamaço protocolar que deve ser cumprido. A usuária, a princípio, culpabiliza a médica por não ter dado a atenção devida e, nesse momento, cabe ao Assistente Social escutar e entender a situação apresentada pela usuária para buscar providências¹¹⁹ ou simplesmente dizer a essa mulher para retornar daqui 6 meses porque a culpa é do SISREG e não podemos fazer nada.

Nesse quesito dos protocolos, um grande problema tem a ver com a diminuição do orçamento financeiro e o subfinanciamento do SUS¹²⁰, já que os limites financeiros e a crise financeira na Saúde é pauta do dia, porém, isso não procede quando buscamos o valor de arrecadação do município, que ultrapassou 23,4 bilhões em 2019¹²¹.

Como já citado acima, a ampliação da rede secundária e terciária não acompanhou a ampliação do acesso da APS.

Segundo a SMS/RJ, o problema da pendência acumulada para determinadas consultas e exames está relacionado aos valores praticados pela Tabela SUS e à situação de carência profissional especialista em algumas áreas; os principais problemas estão nas áreas de oftalmologia, reumatologia e gastrologia. Porém, isso não procede. Questiona-se: quantos profissionais dessas áreas estão subaproveitados? Quantos exercem a função de Clínico Geral e são especialistas? Será que a SMS/RJ tem um levantamento preciso onde os médicos Oftalmologistas cadastrados no CNES-SUS estão cumprindo sua carga horária? São muitas indagações que merecem ser enfrentadas pelo Gestor da área de saúde.

Sabemos que a SMS Rio vem apresentando estratégias de monitoramento para identificação das especialidades com maior demanda reprimida. Tanto é que a Oftalmologia, a Gastrologia e a Reumatologia foram citadas como preocupação no Plano Municipal de Saúde, porém, a revisão de protocolos e fluxos, territorialização da oferta e seu aproveitamento não se efetivam na operacionalização. Sabemos que

¹¹⁹ Esclareço que compete aos profissionais de saúde, inclusive nós Assistentes Sociais que devemos entender a situação e buscar possibilidades de resolução, porém existem profissionais que estão na contramão da ética e do direito à saúde e orientam a usuária a aguardar o tempo necessário sugerido na devolução (negação) do exame pelo SISREG.

¹²⁰ Amplamente discutido e referenciado por inúmeros autores, como: Bravo; Vasconcelos; Ocké-Reis; Behring e outros.

¹²¹ A previsão superdimensionada de receita girava em torno de R\$ 30, 6 bilhões, mas fechou 2019 com o montante arrecadado de R\$ 23,4 bilhões, conforme dados do Rio Transparente e publicados no g1.globo.com, em 12/11/2019.

a análise da ociosidade e absenteísmo precisam ser monitorados, afim de reduzir o tempo de espera.

A SMS/2020, através da SUBREG, cita quatro ações que vêm sendo implementadas como estratégias para reduzir o tempo de espera; são elas:

- Monitoramento contínuo do processo de trabalho da regulação ambulatorial em conjunto com a área técnica da APS que já acontecem, porém é fundamental sabermos como isso está acontecendo na prática; é fundamental ouvirmos esses profissionais envolvidos com a regulação ambulatorial.
- Envio de SMS (Short Message Service) para os usuários do SUS no momento do agendamento, com a finalidade de notifica-los quanto ao local, data e horário de consultas e exames, um serviço que pode reduzir o absenteísmo, ou seja, perda de consultas. Como está esse serviço? O envio de mensagens acontece, porém merece destacarmos o quanto a demora no agendamento atrapalha esse serviço. Um exemplo: a usuária está com dor no estômago, é avaliada e só consegue a autorização para realizar o exame de endoscopia depois de sete meses. Aí, recebe um SMS sobre a autorização da endoscopia que ela teve que se virar para realizar na rede privada. A pergunta que fica é: será que ela responderá o SMS para repassar a vaga ou será que essa vaga será perdida?
- A regulação foi centralizada na Gestão de Crivella para procedimentos com maior pendência e pouca oferta, como, por exemplo, os exames de imagem e oftalmologia. A centralização nesse caso não é favorável. A pergunta que fica é sobre a transparência na fila do SISREG, já que, justamente no quesito do “Mutirão de Cirurgias de Catarata” que foi organizado para acabar com a fila do SISREG, ocorreu o escândalo que ficou conhecido como “Fala com a Márcia”. Definitivamente um dos maiores problemas na gestão do Crivella ocorreu com a centralização de regulação¹²².
- Regulação centralizada de procedimentos pactuados com outros municípios (PPI) para melhor avaliação das solicitações; a ação foi organizada para garantir equidade no acesso ao território da capital, porém não ocorre sem problemas,

¹²² Análise mais detalhada nas Conclusões finais.

uma vez que falta transparência e informação sobre o processo.

As ações elencadas acima foram planejadas e estão descritas no Plano Municipal de Saúde (2018 – 2021) - com o objetivo de que, via Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, ocorra a marcação de consultas e exames solicitados em até 90 dias, porém na prática isso não vem acontecendo. Sem contar que o Sistema de Transparência criado, em 2018, na prática, é bastante limitado. Segue abaixo, um exemplo sobre uma pesquisa no Sistema de regulação do Rio de Janeiro¹²³:

Lista de Espera / Filtros para Pesquisa

Serviço - CONSULTA

Tipo de Lista - REGULAÇÃO RIO DE JANEIRO

Unidade Solicitante - SMS CMS OSWALDO CRUZ - AP 1.0

Descrição do Procedimento - CONSULTA EM CIRURGIA CARDÍACA

Resposta: “Não existe fila para esse tipo de procedimento”.

Ainda aparece abaixo:

- A posição e a previsão de atendimento do paciente poderão ser alteradas de acordo com a gravidade e evolução do paciente.
- A ausência da informação do Tempo de Espera Estimado para Atendimento significa a insuficiência de dados para cálculo no momento.
- A informação contida na Lista de Espera considera qualquer solicitação pendente existente no SISREG.

¹²³ Pesquisa que pode ser feita por qualquer cidadão, no portal da transparência, podemos utilizar tanto o cartão do SUS, como também podemos filtrar pela unidade solicitante.

Esta resposta aparece no filtro “Unidade solicitante”, mas se buscarmos pelo Cartão SUS do usuário, aparecerá, com certeza, um posicionamento na lista de espera, porque a Consulta em Cardiologia (cirurgia cardíaca) é um dos gargalos¹²⁴ da fila de espera.

Dados sobre a questão das doenças crônicas coronarianas, dentre outras, já são apontados, há vários anos em pesquisas, como uma das principais preocupações da população. O Ministério da Saúde aponta sobre um novo alerta: o crescimento no índice de mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, na população de 30 a 69 anos, com políticas públicas eficientes e nas premissas do SUS, poderiam ser evitadas. Sem contar que, nos próximos anos, os desafios serão ainda maiores, com o envelhecimento da população, com sequelas deixadas por vírus¹²⁵ que assolam o país e o mundo, a consequência será o crescimento na carga de doenças crônicas, de necessidade de tratamentos às sequelas deixadas por doenças causadas por vírus, dentre outras preocupações.

Uma matéria publicada na Folha de São Paulo¹²⁶, em 2018, apontou dez gargalos de saúde no Brasil: “pouco gasto público em saúde; atenção primária pouco resolutiva; ambulatórios e emergências sobrecarregadas; excesso de médicos nos grandes centros urbanos; hospitais pequenos e pouco eficientes; falta de leitos em hospitais gerais; não integração de dados; falta de avaliação de desempenho e de qualidade; gestores sem formação técnica; falta de foco no idoso e no doente crônico”. (FOLHA DE SÃO PAULO, 28/08/2018).

Os dados acima, apesar de ser um retrato do Brasil, se encaixa perfeitamente na realidade carioca, quando é referenciando sobre o excesso de médicos em grandes centros urbanos. Importa ainda colocar, que os médicos nos grandes centros têm pouco interesse em atuar nas áreas periféricas, o que, na cidade do Rio de Janeiro, é ainda mais complexo de se analisar, quando se aborda os riscos de se trabalhar sem

¹²⁴ Gargalo é um termo técnico muito utilizado pelos gestores públicos envolvidos com os problemas da regulação de vagas. Há três tipos de centrais de regulação: a de urgência, a de internações e a ambulatorial. Impossível resolver qualquer gargalo, sem uma Central Única e integrada entre as RAS Municipal, Estadual e Federal.

¹²⁵ Cito aqui quatro para exemplificar nossa análise: o Coronavírus, Chikungunya vírus e o vírus do Sarampo e Malária, estes dois últimos, já eliminados e que estão ressurgindo.

¹²⁶ Matéria: E agora, Brasil? Saúde – País envelhece, sofre com gargalos e experimenta retrocesso na saúde. In: Folha de São Paulo, 25/08/2018. Acesso em 21/08/2020.

segurança em áreas da cidade, comandadas pelo tráfico de drogas e/ou milícias.

Quanto a pouca resolutividade, trazemos um exemplo do Portal da Transparência Rio:

LISTA DE ESPERA

Serviço exame

Tipo de Lista Regulação Rio de Janeiro

Unidade Solicitante
 Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz

Descrição do Procedimento
 Mamografia Bilateral

A posição e a previsão de atendimento do paciente poderão ser alteradas de acordo com a gravidade e evolução do paciente.

A ausência de informação “Tempo de Espera Estimado” para Atendimento significa a insuficiência de dados para cálculos no momento.

A informação contida na Lista de Espera considera qualquer solicitação pendente existente no SISREG
 Última atualização de dados: 19/10/2020 (Informações são atualizadas toda segunda-feira)

Resultados encontrados: 6

Mostrar 6

TABELA						
Posição na Fila SISREG	Classif. de Prioridade	CNS	Cód. SISREG Solic.	Data da Solicit.	Cidadão (iniciais)	Tempo de Espera Estimado
430	AMARE	708103521987638	341781189	09/09/2020	V B L	0 dias
437	AMARE	707005854029431	342168158	11/09/2020	S M N	0 dias
463	AMARE	709208238524535	342428277	15/09/2020	R S D	0 dias
1151	VERDE	702909538524570	342879018	18/09/2020	M L C	0 dias
2379	AZUL	702405045546225	337962186	28/07/2020	M L F R	0 dias
3486	AZUL	706106866323730	344492066	01/10/2020	L B B	0 dias

Fonte: www.rio.gov.br transparência Rio SISREG, acesso em 18/11/2020.

Como se observa na tabela acima, não incluir o tempo estimado para a consulta

com a informação “ausência da informação do Tempo de Espera Estimado para Atendimento significa a insuficiência de dados para cálculo no momento” é algo sem sentido e sem resolutividade. Não adianta muito o usuário ter acesso às suas informações e não ter previsão de atendimento, sem contar que a posição na fila modifica diariamente, pelo fato de existir a ordem de prioridade; ao entrar uma classificação de risco vermelha, conseqüentemente, muda a posição da pessoa na fila.

Importante apontar que os encaminhamentos lançados no SISREG são classificados em um sistema de prioridade¹²⁷, baseados em cores onde o:

- Vermelho representa situações clínicas graves e/ou que necessitem de agendamento prioritário, em até 30 dias;
- Amarelo representa situações clínicas que necessitem de um agendamento prioritário, para próximos dias, em até 90 dias;
- Verde representa situações clínicas que necessitem de um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias;
- Azul representa situações clínicas que não necessitem de um agendamento prioritário, podendo aguardar mais do que 180 dias.

Antes da consulta ser efetivamente autorizada, há uma avaliação do regulador do SISREG, que pode negar a vaga por não concordar com a indicação clínica, devolver o pedido para complementação de dados que ele julgar necessário, deixar como pendente para o caso de o regulador concordar com o pedido, mas não haver vaga disponível ou autorizar a marcação da consulta.

Para exemplificar o quão grave é a situação da FILA DE ESPERA do SISREG no município do Rio de Janeiro, atualmente existem 386.954¹²⁸ pessoas aguardando atendimento no município do Rio de Janeiro.

Fila que só cresce e demonstra o quanto a operacionalização do SISREG sempre foi problemática e piorou muito de 2016 em diante. Vejam os dados abaixo:

¹²⁷ Sistema de prioridade que é baseado na classificação de risco e são divididos por prioridades: prioridade zero – Emergência, necessidade de atendimento imediato (aqui, não entra na regulação ambulatorial – VAGA 0); prioridade 1 – Urgência, atendimento de situações clínicas graves (vermelho); prioridade 2 – prioridade não urgente, mas que deve ser prioritária (amarelo); prioridade 3 – situações clínicas eletivas não urgentes, mas que devem ser priorizadas (verde) e prioridade 4 – não necessitam de um agendamento prioritário (azul). A ordenação na fila é feita pelo médico regulador da unidade solicitante de atenção primária e/ou do nível central. FONTE: Transparência do SISREG Ambulatorial, disponível em smsrio.org.

¹²⁸ Informações presentes no site www.rio.gov.br transparência Rio SISREG. Acesso 23/11/2020.

Quadro 4 SISREG/Município do Rio de Janeiro. Pendências da regulação – 2012/2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Solicitações	1.168.766	1.181.020	1.514.679	1.767.287	1.834.778	950.905
Agendamentos	838.572	984.020	1.256.064	1.494.863	1.486.358	749.289
Pendência de Regulação	157.214	150.930	105.055	100.043	158.006	181.274

Fonte: Elaboração própria, com dados fornecidos pela Central de Regulação apud Dados TCMRJ, 2017
 *2017: Dados de Janeiro a Junho, de 2017.

Observação: Optamos em não incluir nessa tabela os dados referentes a 2018, pelo fato de ter havido um decréscimo considerável na Regulação de vagas a partir de 2017 e que optamos em apresentar os dados em um novo subperíodo 2017-2018.

Segundo dados apresentados acima, é visível a ineficiência da Central de Regulação carioca na relação de agendamentos mais solicitações, a partir de 2017. Verifica-se que ainda que as pendências na Regulação sofreram um incremento de 158.006, em 2016, para 181.274 em 2017, não podemos deixar de destacar que os dados de 2017 foram fechados em junho.

Uma matéria publicada pela UOL em dezembro de 2019, com dados do Portal da Transparência, mostrou que “18.825 pacientes com classificação vermelha – a mais grave existente – aguardam a marcação de exames e consultas. O tempo médio de espera é de mais de 8 meses” (PORTAL UOL notícias, 14/11/2019). Acesso em 21/08/2020.

Trata-se de uma situação gravíssima, uma vez que no protocolo de atendimento essas pessoas deveriam aguardar, no máximo, 30 dias, porém, segundo relatos e matérias consultadas, existem pessoas esperando atendimento há anos. Segundo a matéria do UOL (2019), a maior espera é de uma pessoa que aguarda consulta em cirurgia vascular para doença venosa, desde 2015.

Por uma série de problemas no que tange à implementação do SISREG, o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ) vem acompanhando a plataforma há mais de 06 anos e sempre notificando a PCRJ de que a referida plataforma precisa de ajustes para melhor atender a população. Uma matéria publicada na revista do TCMRJ, em setembro de 2018, apresentou dados que colocam em xeque

a transparência do SISREG e apontou que existe “alcance limitado ao que deveria ser universal; ineficiência no agendamento causando desperdício de procedimentos disponíveis e crescimento das filas de espera pelo primeiro atendimento desproporcional ao aumento de vagas de retorno” (REVISTA TCMRJ, 2018, p. 06).

Como principais resultados da auditoria foram encontrados os seguintes problemas:

- Fornecimento de consultas e exames sem celebração de termo de compromisso ou de contratualização, ou com esses termos expirados: o principal problema nesse quesito foi a verificação de que 37,50% dos 56 prestadores de serviços públicos ou privados não formalizaram os termos de contrato ou convênio, ou firmaram e houve expiração no prazo.
- Baixa efetividade das medidas preventivas para a redução do absenteísmo dos usuários: o absenteísmo pode ser em função de vários fatores, dentre os mais comuns, podem ser destacados, o tempo para ser atendido é muito alto; a posterior perda da necessidade do que motivou sua solicitação; ter encontrado outra forma alternativa para ser atendido; logística pode ser complicada, estando a oferta da vaga, muito distante da residência do usuário, dentre outras. Verificou-se um absenteísmo de 44%, entre maio e junho de 2017;
- Ineficiência em agendar a oferta de procedimentos ambulatoriais disponíveis: nesse quesito o problema está na capacidade de cada unidade de atenção primária regular os procedimentos ambulatoriais. O TCMRJ analisou 30 procedimentos críticos e, das 103.102 vagas efetivas correspondentes, as unidades de atenção primária enxergam somente 42.179, o que cria uma falsa percepção de demanda reprimida e carência de vagas, sendo impossível utilizar as vagas de retorno;
- Princípio da equidade não observado no agendamento dos procedimentos solicitados: na auditoria, verificou-se que a oferta de consultas e exames deve ser posta à disposição de forma que haja equilíbrio entre as vagas de retorno e de reserva, de forma a não privilegiar determinadas unidades em detrimento de outras. As unidades executantes conseguem agendar para si (vagas de retorno) os procedimentos com muito mais rapidez, ao mesmo tempo em que elas atendem às mesmas demandas das unidades de APS, em prazo

excessivamente maior. Questão que não coloca os usuários na mesma condição e com isso são tratados de forma muito diferente, abordando o tempo de espera para atendimento, dependendo da unidade solicitante dos mesmos procedimentos, o que, em tese, afronta o Princípio da Equidade, pois não há fundamento para tratamento tão diferenciado entre os usuários. Pelos dados coletados na Auditoria, verifica-se que o prazo médio de agendamento entre as unidades básicas oscila entre 40 e 150 dias. Quanto às policlínicas, o prazo médio de agendamento varia de 25 a 60 dias, influenciado sobretudo pelas vagas de retorno, sendo a média geral próxima a 50 dias. Isso demonstra que as policlínicas cumprem papel importante na regulação e, portanto, deveriam ser mais acessíveis às unidades de atenção primária em sua região. As vagas de retorno poderiam ser reduzidas, aumentando a oferta à redemunicipal de saúde, com a consequente redução de prazos de agendamentos. Esta medida implicaria também na utilização das vagas disponíveis, porém não agendadas. Como problema maior na auditoria verificou-se que além do prazo excessivo de agendamento, o absenteísmo elevado e a alta concentração de vagas de retorno, em um montante muito maior que o das vagas de reserva, impacta simultaneamente o aproveitamento pleno da oferta efetiva total disponível, o que acarreta um desperdício associado às vagas de retorno¹²⁹;

- Parâmetros excessivos de prazo de agendamento dos procedimentos, segundo a classificação de risco: em 2015, a SMS elaborou o Manual do Regulador, definindo parâmetros de Vermelho – atendimento até 30 dias; Amarelo – atendimento até 60 dias; Verde – pode aguardar até 180 dias e Azul – pode aguardar mais que 180 dias. O problema é que apesar dos critérios estarem definidos no Manual do Regulador, os prazos são excessivos, sendo necessária maior agilidade no atendimento, pois a demora prolongada contribui para o absenteísmo dos usuários, que está estimado em 35%;
- Quantitativo excessivo de solicitações pendentes de agendamento: a auditoria verificou, em junho de 2017, um número de 181.274 registros aguardando

¹²⁹ Este fato identificado pela Auditoria do TCM/RJ realizada em 2017, aponta não só a relevância do nosso estudo, mas o sofrimento dos trabalhadores que, sem alternativas, se tornam refém de interesses institucionais e particulares. Esse problema é central para demonstrar a não existência de uma rede horizontal no município do Rio de Janeiro e o quanto APS não consegue se efetivar como ordenadora dessa rede.

regulação e, em menos de um mês, esse número aumentou para 192.648 pendências. Quando confrontados os registros, de dezembro de 2015 e julho de 2017, verificou-se o aumento expressivo de 92% ($192.648/100.043$) das pendências de regulação. Como principal problema, o aumento da fila de espera, além de afrontar o princípio constitucional da eficiência, viola as diretrizes do artigo 8º da Portaria MS 1.820/09, que dispõe que os gestores do SUS, das três esferas de governo, comprometem-se a promover melhorias contínuas, de maneira a reduzir filas e a ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde;

- Evolução de oferta, agendamentos e pendências de regulação, segundo os registros do SISREG, com crescimento desproporcional das vagas de retorno: tendo por base 2013/2016, a oferta total de vagas aumentou 90%, no entanto, a parcela maior de acréscimo foi direcionada às vagas de retorno, que aumentaram 254%. Por outro lado, as vagas de reserva aumentaram apenas 35%. Como problema principal verificou-se que o crescimento desproporcional das vagas de retorno exerce influência no comportamento da regulação, da fila de espera e do prazo excessivo de agendamento, dessa forma há a consequente diminuição na eficiência da regulação ambulatorial, no que diz respeito à relação agendamento/solicitações;
- Alcance limitado do SISREG como instrumento universal de regulação ambulatorial: conforme o artigo 2º da Portaria Subsecretaria Geral da Secretaria Municipal de Saúde (S/SUBGERAL) nº 06 de 2015, que define regras para a oferta, utilização e regulação dos procedimentos ambulatoriais, tais procedimentos devem ser disponibilizados na totalidade da capacidade instalada e da produção ambulatorial das unidades executantes no SISREG. Na auditoria a Subsecretaria de Regulação (S/SUBREG) informou a existência de “overbooking” em determinados procedimentos e unidades executantes, de modo a compensar o absenteísmo dos usuários, ou seja, a oferta no sistema seria maior que as vagas disponibilizadas pelo prestador, agendando uma quantidade maior de usuários para ocuparem o lugar dos faltantes. A partir dos dados auditados, no entanto, verificou-se, com algumas exceções, justamente o contrário, ou seja, além do elevado índice de absenteísmo, o número de

agendamentos é menor do que as vagas ofertadas, o que contribui para uma alta quantidade de vagas ociosas e um desperdício de procedimentos ambulatoriais que poderiam ser realizados. Como problema maior verifica-se que boa parte da capacidade instalada não está sendo inserida na regulação, limitando o alcance e o potencial do SISREG;

- Ineficácia de meta definida no Plano Estratégico 2017/2020: no Plano Estratégico de 2017/2020, foi definido como meta “ter 75% dos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) realizados em até 90 dias, até 2020”. Tomando-se por base o prazo de até 60 dias, 57% das marcações foram efetuadas em prazo apropriado ou tolerável. Como problema, verificou-se que 72% dos agendamentos já atinge a meta de 90 dias definida no Plano Estratégico, mostrando-se, portanto, pouco ambiciosa a necessidade de ter que se atingir apenas 3%, até 2020.

O que importa apontarmos nesses problemas apresentados pelo TCM/RJ em 2018 é o que não vem sendo solucionado pelos gestores de saúde e nem vem sendo apontado por estudos científicos. Tanto que coube à justiça dar visibilidade ao quanto a rede pública municipal de saúde do Rio de Janeiro já dava sinais, desde 2017, de que não expandiria a RAS. O prefeito fez o contrário – não só deixou de cumprir as promessas realizadas em campanha eleitoral em 2015, como deu início a um reordenamento que desmonta os direitos conquistados e o patrimônio de saúde existentes na capital carioca.

Tanto que foi necessário ajuizar, no fim de 2017, ação civil pública¹³⁰ com o objetivo de frear o desmonte promovido por Crivella. No referido documento (ação civil pública), são citadas situações extremamente graves, como: falta de insumos, medicamentos, recursos humanos, alimentação suficiente e adequada para profissionais de saúde e pacientes, sendo destaque o pagamento dos profissionais de saúde em atraso, suspensão de contratos, sem planejamento, aumento da fila de espera do SISREG, dentre outras situações que seguiram sendo agravadas em 2018

¹³⁰ Ação Cível Pública nº 0298494.15.2017.8.19.0001, que atualmente (2020) está sendo executada para que se retorne para a área de saúde valores contingenciados e/ou desviados para outras prioridades, em 2017. Maiores informações consultar a citada Ação Pública empetrada pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) contra o Poder Executivo do município do Rio de Janeiro.

e 2019. E, agora, em 2020, está colapsando o sistema de saúde. Um sistema de saúde que já vinha, de forma inadmissível, apresentando uma desassistência à população carioca e, agora, demonstra, de forma trágica, sua incapacidade de atravessar a Pandemia do COVID-19 de forma menos letal. Dados apontados pela FIOCRUZ¹³¹ e dados disponíveis no sistema Monitora Covid-19 apontam que a taxa média de óbitos no Rio de Janeiro é a maior, não só do Brasil, como do mundo todo. Em agosto, era de 10,7%, o que quer dizer que, na média, a cada nove pacientes infectados com Covid-19 na cidade, um vai a óbito. No mesmo período, a taxa de letalidade¹³² do Brasil estava em torno de 3,3%. De acordo com Barcelos (2020)¹³³, “uma taxa muito alta é um forte indicador de duas situações: a subnotificação de casos pode estar muito alta e/ou atendimento à saúde pode não estar dando conta do total de casos graves” (ICICT/FIOCRUZ, 2020). Concordamos com o exposto pelo referido autor e, no que tange ao atendimento à saúde não estar dando conta dos atendimentos, esse estado de coisas já era notório e gravíssimo, antes mesmo da Pandemia. As continuadas investidas de Crivella no desmonte da RAS do município nos últimos dois anos contribuiu, e muito, para essa taxa de letalidade altíssima do município do Rio de Janeiro.

Retomando os problemas elucidados pelo TCM/RJ, no que tange tanto à Regulação ambulatorial, quanto a Regulação hospitalar, importa apontarmos que são questões bastante relevantes sobre os limites do SISREG que vem sendo implementado no Rio de Janeiro, portanto, é fundamental considerá-los na análise crítica sobre as implicações da utilização desse Sistema na capital carioca.

Foi nesse contexto de limites, somados aos problemas encontrados na auditoria realizada, em 2017, pelo TCM/RJ, que o referido tribunal encaminhou, em julho de 2018, à Comissão de Saúde da Câmara Municipal, à Defensoria Pública e ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, proposta de Termo de Compromisso que foi firmada com a administração municipal, baseada em três eixos:

¹³¹ A FIOCRUZ aponta que a letalidade por Covid-19 no Rio de Janeiro está acima da média mundial. (FONTE: PORTAL FIOCRUZ, 01/09/2020). Disponível em portal.fiocruz.br, acesso em 21/11/2020.

¹³² A taxa de letalidade representa a proporção de infectados que chega a óbito, ou seja, pacientes que morrem vítima da Covid-19, em relação ao total de infectados, que no Rio está maior do que as médias brasileiras e mundial.

¹³³ Christovam Barcelos, é vice diretor do Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (ICICT/FIOCRUZ).

- Criação de um portal de transparência;
- Abertura de dados do componente municipal do SISREG;
- Criação de uma ouvidoria com a finalidade de receber críticas e denúncias sobre possíveis fraudes na fila de atendimentos.

Porém, o Prefeito Crivella, na contramão dessas exigências, seguiu com sua linha clientelista e propagandista. Para responder às exigências do TCM/RJ, foi sancionada, em 06 de novembro de 2018, a lei nº 6.417 que “obriga o poder Executivo Municipal a publicizar na Rede Mundial de Computadores informações acerca da fila deespera para serviços e/ou ações de saúde”.

Na execução, a prefeitura criou, em fevereiro de 2019, o Portal da Transparência SISREG¹³⁴, onde é possível consultar os agendamentos pelo site da prefeitura. Porém, cabe ressaltar que essas ações são recentes e serão abordadas com maior rigor na continuidade da pesquisa, após defesa do Mestrado.

O que importa apontarmos nesse estudo é que fica claro, após consultar documentos e dados digitalizados, que ocorreu uma mudança na forma de conduzir o sistema de regulação após o segundo semestre de 2017. Fato que se efetivou na piora da operacionalização do SISREG, principalmente no que se refere: - *às longas filas deespera*; - *à pouca resolutividade e transparência do Portal da Transparência*; - *ao desmonte que vem ocorrendo na APS*; *desmonte que está sendo decisivo para essa piora do acesso ao SISREG*.

Tentamos mostrar essa piora do SISREG com a apresentação de dados da Ouvidoria relacionados aos problemas enfrentados pela população, porém, para acessar o Banco de Dados das Ouvidorias, necessitamos da aprovação da pesquisa no CEP/SMS/PCRJ, o que não foi possível, até o momento.

Realizamos contatos e articulações com alguns profissionais envolvidos com o processo de regulação que acreditam ser necessário a mudança de gestão para que o acesso aos dados seja facilitado. Diferentemente da relação truncada e das dificuldades que encontramos nas articulações com alguns gestores da APS 1.0 e da SUBPAV, na SUBREG, foi mais resolutivo. Apesar de não termos avançado na apresentação das cartas de anuência ao CEP/SMS, elas foram viabilizadas em tempo hábil. Na SUBREG, foi possível conhecer alguns profissionais bastante

¹³⁴ Já apontamos alguns limites desse Portal da Transparência anteriormente nas páginas 175/176.

comprometidos com a execução da política de saúde. As articulações iniciais que realizamos em 2019/2020 servirão para facilitar o processo da pesquisa de campo numa próxima fase do trabalho.

Crivella iniciou sua gestão em janeiro de 2017, com a promessa de que iria zerar a Fila do SISREG, investiria na rede secundária, citando investimentos nas Policlínicas Municipais de Saúde e num projeto chamado “Centro de Especialidades”. No Plano Municipal de Saúde, de 2018-2021, apontava para a ampliação do número de Equipes de Saúde da Família (EqSF) em territórios de maior vulnerabilidade social. Contudo, nenhuma das promessas e nenhum dos planos foram viabilizados.

Na contramão desses objetivos, a partir dos anos de 2017/2018, o prefeito redirecionou e reordenou a política da APS no Rio de Janeiro para um verdadeiro fracasso¹³⁵. Segundo Melo (2019), os gestores da saúde passaram a apontar déficit no orçamento municipal, para justificar as demissões que passaram a ocorrer com intensidade, a partir de 2018, principalmente dos ACS. Ocorreu ainda a reduções do horário de funcionamento de unidades de saúde e constantes atrasos no pagamento de salários dos trabalhadores da saúde, por algumas OSs, em diversas áreas da cidade. Esta situação provocou impactos consideráveis no acesso que havia melhorado em dados quantitativos até 2016¹³⁶ e, pela Prefeitura não ter investido na RAS, ocorreu também a triplicação na fila do SISREG. Ou seja, Crivella conseguiu piorar e muito a crise da saúde no município do Rio de Janeiro.

Com estas mudanças, instalou-se uma crise sem precedentes na área de Saúde do Rio de Janeiro, sendo importante apontarmos que tais arranjos (retrocessos) estão amparados na PNAB 2017 e “numa combinação de elementos locais e nacionais”. Segundo Melo (2019), estão amparados em crise econômica, crise do SUS e avanço do gerencialismo, colocando essa crise num cenário singular e conectada com elementos de outros âmbitos e lugares.

2.4. A operacionalização do SISREG no município do Rio de Janeiro

¹³⁵ A situação política do Rio de Janeiro e a crise de saúde é tão grave que a alternativa encontrada pelos cariocas no segundo turno das Eleições Municipais 2020 disputada pelo ex Prefeito Eduardo Paes e o atual Prefeito Marcelo Crivella, foi a de escolher Eduardo Paes para governar a cidade no período de 2021 – 2024, como um veto ao Crivella – considerado em várias pesquisas como o pior prefeito que o Rio de Janeiro já teve.

¹³⁶ Segundo Melo (2019), há evidências de melhoria em diferentes indicadores de saúde, cita por exemplo – a redução do número de internações por condições sensíveis à APS.

O panorama diversificado de como se deu a ampliação da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro ajuda-nos a compreender as funções extremamente complexas da Atenção Primária que não foram levadas em consideração quando a gestão da política de Saúde no Rio de Janeiro, nas últimas décadas¹³⁷, optou por um reordenamento pela via privatista.

O que importa reconhecer, após a apresentação do SISREG no município do Rio de Janeiro, é que, na prática, estamos nos deparando com uma série de entraves e dificuldades que permeiam a consolidação dos serviços ofertados na Atenção Primária, sendo notória a falta e ou disparidade de financiamento/investimentos para efetivação da integralidade da atenção, no que concerne aos diferentes níveis de atenção: primária, secundária, terciária e de reabilitação.

Nesse sentido, é chocante contrapor o financiamento e investimento destinados ao tratamento do câncer e aos serviços de ortopedia, os quais veiculam medicamentos, equipamentos e insumos do Complexo Médico Industrial (CMI)¹³⁸, e aos serviços de atenção primária em saúde, como o PSF, que depende basicamente da atividade humana, o que impõe a valorização e o investimento em equipes de saúde amplas, qualificadas, estáveis, bem remuneradas, o que contrasta com a lógica do capital e todas as suas contrarreformas em andamento.

O SISREG é um sistema online, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, criado para o gerenciamento do complexo regulador, cujas vantagens são, ou deveriam ser, dentre outras:

- 1) Permitir a apropriação da oferta dos serviços e a organização da fila de espera;
- 2) Operar com Critérios de Classificação de Risco;
- 3) Eliminar a necessidade de deslocamento para realização de marcações.

Compete à Central de Regulação Ambulatorial a gestão da oferta das vagas, o

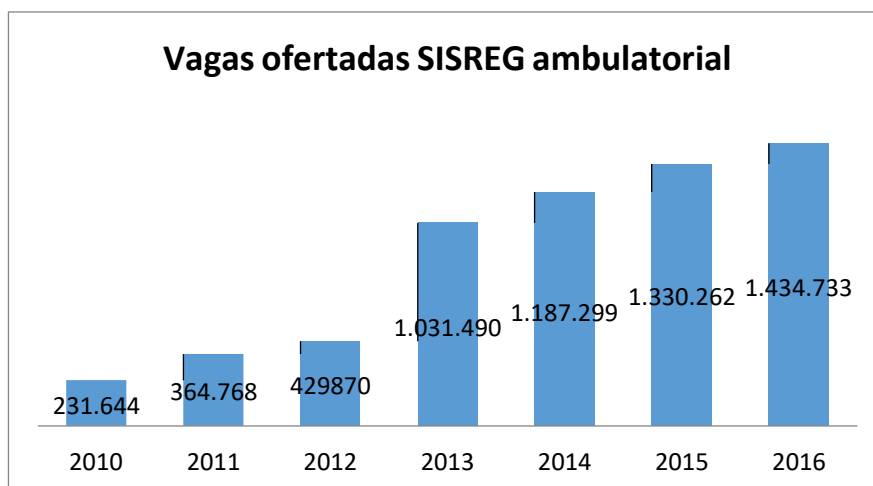
¹³⁷ Conforme dados apresentados no item 2.2 sobre as particularidades do processo de municipalização no Rio de Janeiro e o reordenamento da RAS.

¹³⁸ Em diferentes direções sociais, a denominação CMI vem sendo ampliada para CMIF. Ver, por exemplo, em: MENDONÇA; CAMARGO Jr (2011); VIANNA (2002). MENDONÇA, André Luis Oliveira; CAMARGO Jr, Kenneth Rochel. "Complexo médico-industrial/ financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança", *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [1]: 215-238, 2012; disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a12.pdf> ; VIANNA, Cid Manso de Mello. "Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro". Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-733120020002000108&lng=en&nrm=iso&ting=pt

monitoramento de acesso ambulatorial de todo o Município, a padronização dos protocolos de acesso dos prestadores e a captação das vagas dentre os prestadores.

Como mostra o Gráfico 1 ocorreu sim uma ampliação de agendamentos via SISREG entre 2012 – 2016, contudo não foi suficiente para conter a fila de espera para a Regulação de Vagas.

Gráfico 1 – Vagas ofertadas SISREG ambulatorial



Fonte: Produção própria. Dados extraídos do SISREGIII, 2016.

Os dados acima são importantes para descrevermos o processo de implementação do SISREG no município do Rio de Janeiro, sua operacionalização e seus impasses.

Foi em 2012, que a SMS descentralizou a regulação para a APS, instituindo um médico regulador em cada unidade básica para agendamento de consultas e exames, aumentando, de cerca de 10 agendamentos, em 2012, para aproximadamente 320¹³⁹, em 2017. Esta mudança trouxe consequências positivas, na medida em que houve avanço considerável no percentual de agendamentos sobre as solicitações entre 2012 e 2013, de 429.870 para 1.031.490.

Porém, uma das maiores queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é o longo tempo de espera para conseguir a marcação de uma consulta com

¹³⁹ Dados extraídos da Auditoria de Monitoramento – Regulação Ambulatorial realizada pelo TCM/RJ em 2017.

médicos especialistas ou para a realização de exames complexos. Tendo como base o CMS Oswaldo Cruz, uma unidade de APS mista, localizada no centro do Rio de Janeiro, é possível verificar estas dificuldades diárias na vida dos usuário/as, envolvendo a regulação ambulatorial, procedimentos considerados críticos (muito demandados com prazo de marcação e pendências de regulação significativos), não são plenamente aproveitados, na medida em que parte das vagas existentes no SISREG não são agendadas.

Em 2015, o estudo de Rocha (2015) analisou, dentre outras variáveis, o tempo médio de espera para consultas de oftalmologia geral, observando uma redução no tempo médio de espera para consultas entre 2011 e 2013. Porém, a autora apontou que, entre 2011 e 2013, apesar de ter havido um aumento de 121% na disponibilidade de vagas para consultas de oftalmologia geral, o que ajudou a diminuir os tempos médios de espera, houve uma queda no número de consultas aprovadas de 90% para 80% no período, fato que se deve a uma maior rigidez de avaliação destes encaminhamentos por parte dos reguladores.

Um estudo britânico, respaldado nos avanços apontados pelo National Health Service (sistema de saúde inglês), apresentou como principais conclusões que o tempo máximo de espera para um tratamento hospitalar deveria ser de 13 semanas (91 dias). Entretanto, no Rio de Janeiro, a maioria dos procedimentos e exames e consultas passam desse tempo médio de espera, chegando, em vários casos, a anos de espera.

O problema das listas de espera, especialmente para cirurgias eletivas, consulta com oftalmologistas, dentre outras especialidades, é reconhecido como um problema no Brasil inteiro, sendo bastante elevado. Não sem razão, o tempo de espera é a principal causa da insatisfação dos usuários/as do SUS, no município do Rio de Janeiro, o que está entre os principais problemas enfrentados pela população. A falta de acesso, de modo geral, tanto a consultas na APS, como tempo de espera para procedimentos especializados (consultas, cirurgias eletivas e exames) constituem grande parte das reclamações/queixas nas ouvidorias da prefeitura, havendo diversos movimentos da gestão municipal na tentativa de reduzir essa demora, diante da consequente insatisfação dos usuários.

As informações sobre as Ouvidorias que, como vimos, não puderam ser

contempladas em nossa pesquisa¹⁴⁰, revelam números bem expressivo. No processo de observação e interação com diferentes profissionais de saúde, é possível observar o quanto, de um modo geral, os gestores de APS (Diretores de unidades de Saúde e Gerentes ESF) ficam apreensivos com as Ouvidorias, não sendo diferente com as relacionadas ao SISREG. Em dados apresentados pela CAP 1.0, em Seminário de Accountability¹⁴¹, realizado em 2016, só na área territorial da CAP 1.0, foram 250 Ouvidorias – relacionadas aos problemas para acessar o SISREG.

A partir de 2015, alguns procedimentos estratégicos como Radioterapia, Hematologia e Ressonância passaram a ser regulados e aprovados exclusivamente pelo nível central e outros procedimentos monitorados caso a caso como em cardiologia de alta complexidade, oncologia e terapia renal substitutiva. Mesmo assim, cabe a todos os médicos reguladores das unidades de atenção primária realizar um filtro, devolvendo e negando os casos mal solicitados.

O que podemos dizer é que com essa centralização tornou mais burocrático o processo de agendamento e o grau de dificuldade aumentou para quem está precisando do atendimento com certa urgência, mas também para quem está solicitando, impressiona a quantidade de regras e protocolos que precisam ser seguidos para que não devolvam as solicitações à unidade de origem.

Como mostra Pinto et al. (2017), em estudo sobre a regulação municipal Ambulatorial de serviços do SUS no Rio de Janeiro, até o ano de 2009, praticamente não havia a atuação efetiva do Sistema de Regulação para consultas e procedimentos eletivos advindos da APS. Os autores mostram que a implantação do SISREG colaborou para o aumento do número de agendamentos pelo Complexo Regulador, porém, devido ao fato de ainda ocorrer de forma centralizada, *acarretava em grande tempo de espera e distante da residência do usuário*. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde modificou seu modelo de regulação ambulatorial, passando a descentralizá-la para APS para se ter maior resolutividade.

¹⁴⁰ Devido a não conclusão do processo no Comitê de ética (CEP/SMS), tivemos dificuldades em acessar estas informações sobre o número de Ouvidorias.

¹⁴¹ A partir de 2013, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro passou a realizar Seminários de Gestão (Accountability) nas unidades de APS com o objetivo de prestar contas das ações desenvolvidas pelas unidades e equipes de saúde. Além da prestação de contas, era um momento de autoavaliação das equipes, considerando os erros e acertos; um espaço privilegiado de discussão entre os técnicos e gestores dos níveis local e central. O último encontro ocorreu em 2016; a partir de 2017, Crivella suspendeu os Seminários de Gestão. Fonte: subpav.org, acesso em 06/12/2020.

Para enfatizar em que momento ocorreu a descentralização da regulação no município do Rio de Janeiro, apresentaremos breve relato sobre a regulação assistencial, com descrição dos diversos modelos de regulação já existentes na capital carioca, de modo a facilitar o entendimento sobre a descentralização da regulação assistencial.

Foi o Ministério da Saúde que definiu como regulação ambulatorial de média e alta complexidade o serviço de regulação do acesso às consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais de média e alta complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013).

Como já pontuado anteriormente, foi a partir da necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, para promover o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, além de tentar fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, que o Ministério da Saúde instituiu, em agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação do SUS.

Para auxiliar este processo, foi criado o Sistema Nacional de Regulação (SISREGII), que é um sistema on-line que concentra as solicitações de encaminhamentos de pacientes para os serviços especializados (consulta ou exames complementares), criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Desde a sua criação, o SISREG já sofreu diversas atualizações e, no momento deste estudo, encontra-se na terceira versão (SISREG III) (Brasil, 2013).

No município do Rio de Janeiro, a implantação de um complexo regulatório vem ocorrendo de forma bastante lenta, como vem acontecendo, por exemplo, com a APS. Uma das hipóteses aventadas em vários estudos é que, pelo fato de ter sido capital federal até o ano de 1960, posteriormente, Estado da Guanabara, e ter, em 1975, com a fusão, se transformado em capital do Estado do Rio de Janeiro, o Município do Rio de Janeiro tem grande concentração de estabelecimentos públicos de saúde em seu território, o que determina uma configuração com uma série de particularidades ao seu sistema de saúde. Disso decorre que, apesar da ampla oferta de serviços, trata-

se de um sistema fragmentado, com pouquíssima interlocução entre os serviços federais, estaduais, municipais e particulares conveniados ao SUS, que dividem o espaço, o que gera, uma *total desarticulação da RAS/RJ, sendo um martírio para qualquer trabalhador, usuário e usuária do SUS, o acesso organizado aos serviços de saúde*. Assim, na RAS/RJ, o atendimento preferencial de pacientes - que possuem relações pessoais com os profissionais de saúde – contribui, como mostra Rocha (2015), com uma distribuição contra produtiva, desorganizada e ineficaz, que resulta em *um sistema de distribuição de vagas muitas vezes ilógico e injusto*.

Até o fim da década de 1990 do século passado, não existia nenhuma forma de regulação das vagas no município do Rio de Janeiro; era prática o usuário comparecer a uma central de marcação de consulta, com um encaminhamento e/ou pedido de consulta em receituário médico; este era carimbado com uma autorização e o usuário orientado a qual unidade de saúde deveria ir para a consulta, ficando sob a responsabilidade de cada um conseguir a vaga desejada. Essa forma de “regulação incipiente” era realizada pelo governo estadual, situação que mudou no ano de 1999, quando a capital carioca foi habilitada em gestão plena no processo de municipalização do SUS, tendo, a partir daí, uma série de atribuições para normalização e operacionalização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares referentes à saúde de seus municípios e de ser referência intermunicipal.

Foi com o processo de municipalização, que o Rio de Janeiro passou a ser responsável pela contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade e *pelos marcações e regulação das vagas da atenção secundária* (BRASIL, 1997).

Era bastante comum os encaminhamentos serem realizados com registro manual em Livros Ata, nos quais eram protocoladas as autorizações para o serviço complementar na esfera privada, de acordo com o número de cotas. Em posse dessa solicitação, os usuários se dirigiam pessoalmente ao setor específico para receberem a autorização, quando se locomoviam nas madrugadas, por causa das enormes filas na Central de Autorização de Internação e Procedimentos Especiais (CAIPE),

Já nos anos 2000, o processo de marcação foi se modificando de maneira progressiva, substituindo-se o atendimento direto ao usuário nos estabelecimentos

especializados pela marcação por intermédio de planilhas enviadas pelas unidades prestadoras diretamente ao serviço de regulação, evitando assim a concentração em longas filas dos usuários nos serviços de marcação.

Em 2004, foi implantada a primeira versão do sistema desenvolvido pelo DATASUS SISREG na cidade do Rio de Janeiro, restrito aos prestadores privados, o qual não dispunha de serviços online; o funcionamento se dava por meio de relatórios de agendamentos.

Após 2006, ocorreu a atualização do sistema para SISREG II, que já funcionava via internet e onde constavam descritas as vagas de todos os prestadores privados e alguns prestadores públicos.

Foi somente em 2009 que o município teve acesso ao SISREG III, desenvolvido e operado pelo DATASUS de Brasília, sistema público desenvolvido pelo Ministério da Saúde (DATASUS) e cedido às prefeituras. Este sistema tem por objetivo agrupar todas as vagas e solicitações de consultas e procedimentos especializados para o município do Rio de Janeiro e cidades do interior para as quais o município do Rio de Janeiro é referência. O sistema consiste na inserção das solicitações de procedimentos pelos médicos assistentes dos pacientes. Posteriormente, essas solicitações são avaliadas por médicos reguladores que devem julgar a real necessidade de encaminhamento, bem como determinar qual serviço seria mais adequado para o paciente, agendando, assim, a consulta. As solicitações são listadas por unidade solicitante, podendo ser ordenadas por data de solicitação, gravidade do quadro ou ordem alfabética do nome dos pacientes. Podem também ser agrupadas por especialidade solicitada.

Há três possibilidades de resolução para tais pedidos:

- *médico regulador autoriza e agenda o paciente;*
- *médico regulador devolve, quando deseja obter mais detalhes do caso;*
- *médico regulador nega¹⁴², quando julga o encaminhamento não pertinente.*

Caso a autorização ocorra num momento em que não haja vagas disponíveis para a especialidade, a solicitação retorna para a lista de pendentes e deverá ser

¹⁴² Como veremos abaixo, pelo depoimento de um político, Quando o médico regulador NEGA,- pronto, cai no esquecimento!

novamente regulada. Se mesmo quando o médico regulador autoriza ou devolve já se colocam diversos problemas e empecilhos na resolução do agendamento, como veremos abaixo, pelo depoimento de um político, “Quando o médico regulador NEGA pronto cai no esquecimento!”.

Ao identificar a necessidade de encaminhar o usuário para consulta especializada, a unidade solicitante dispara o processo de regulação ambulatorial. Na Cidade do Rio de Janeiro, as unidades solicitantes são as unidades de APS ou Clínicas da Família (CF) a partir das quais os médicos de equipe inserem dados do relatório médico na plataforma online do Sistema de Regulação (SISREG). Posteriormente, suas solicitações, serão analisadas por médicos com cargo de responsabilidade técnica nas UBS e médicos do Complexo Regulador (CR). Após o agendamento da consulta especializada, o usuário é informado sobre a unidade executante que pode ser um Centro Municipal de Saúde (CMS), uma policlínica, um hospital ou ainda um prestador de serviço da rede privada conveniada ao SUS. Ou seja, um complexo procedimento para agendamento de uma única consulta.

A função do Complexo Regulador¹⁴³ (CR) no Município do Rio de Janeiro é realizar a avaliação das demandas e o agendamento de vagas, seguindo os princípios de equidade do SUS de forma articulada e integrada com a RAS, a fim de adequar a oferta dos serviços de saúde às necessidades da população. Sua central de regulação fica localizada em anexo do Hospital Municipal Souza Aguiar, com funcionamento diário, 24h por dia. O CR é responsável pelo monitoramento da produção realizada via SISREG, através da produção de relatórios gerenciais da oferta de procedimentos, gestão da fila de espera e do quantitativo de solicitações inseridas, viabilizando o monitoramento da rede assistencial ambulatorial do município.

Já assinalamos que, mesmo tendo havido reorganização do SISREG na gestão de Marcelo Crivella (2017-2020), a situação do acesso à RAS no Rio de Janeiro se complexificou, deteriorou e se degradou muito. Neste contexto, além da aumento do martírio do trabalhador carioca para acessar os serviços de saúde, os trabalhadores da

¹⁴³ Regulamentado pelo Decreto nº 42.846, de 25/01/2017, que dispõe sobre a estrutura organizacional da SMS, estando subordinado à Subsecretaria de Regulação, Controle, Avaliação, Contratualização e Auditoria (SUBREG).

saúde, principalmente os contratados por OS's, passaram e passam por uma série de cortes de direitos, carregando incertezas e inseguranças. Foi assim que, em 2017, após a nova PNAB ter sido anunciada e, conseqüentemente, ter ocorrido um número expressivo de demissões, recontrações com salários inferiores, paralizações e greves de funcionários, dentre outras situações, os profissionais se organizaram e conseguiram apoio da população, de parte de profissionais concursados, de gestores de oposição ao Crivella, dos sindicatos da saúde, conselheiros de saúde, de universidades e de outros movimentos na área da saúde, como, por exemplo, do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro.

Foi como uma expressão de organização e de luta que, no contexto apontado acima, surgiu o movimento **“Nenhum Serviço de Saúde a Menos”** – criado em 2017, logo após o anúncio realizado pela prefeitura de fechamentos de diversas Clínicas da Família, e que levou para as ruas muita insatisfação quanto a essa decisão. Na ocasião, o movimento teve forte apoio da população e da mídia e conseguiu frear a medida. Porém, a demissão de inúmeros profissionais da saúde seguiu nos anos de 2018, 2019, e até mesmo em 2020, ano em que estamos enfrentando a Pandemia do Covid-19.

Após 2018, foi corriqueiro e comum os trabalhadores da saúde, contratados por OS's, enfrentarem atraso no pagamento de salários e benefícios como vale transporte e vale alimentação. Sem contar que existe pouca infraestrutura para os atendimentos de saúde, já que faltam insumos e medicação nas farmácias básicas do SUS.

Esse SUS ineficiente, que vem gerando efeitos perversos na saúde, fortalece mais ainda a resistência ao seu desmonte. Neste contexto, o movimento **“Nenhum Serviço de Saúde a Menos”** segue com uma página virtual, e nos parece estratégico darmos visibilidade a alguns relatos de usuários, profissionais e gestores, inscritos nessa página, sobre os problemas que a população carioca vem enfrentando com o SISREG no município do Rio de Janeiro.

As reflexões resultantes do estudo bibliográfico e das observações de campo mostraram a necessidade de uma aproximação com os usuários e operadores do SISREG. Para suprir a não realização da pesquisa de campo, nesse primeiro momento, definimos por apresentar alguns dados presentes na Página virtual do grupo **“Nenhum Serviço de Saúde a Menos”**¹⁴⁴, sobre as dificuldades apresentadas pela população para

¹⁴⁴ Dados levantados através de pesquisas públicas com o termo SISREG Rio de Janeiro. Dados

acesso ao SISREG. Dessa forma, foi possível a aproximação a dados subjetivos sobre a problemática – resultante de limites, dificuldades, contratempos, barreiras enfrentadas no acesso à RAS/RJ - que os trabalhadores cariocas¹⁴⁵ enfrentam para acessar o SISREG:

Profissional: Nada funciona nessa cidade. Estamos sem salários, sem sistema, pacientes desassistidos. Triste!

Profissional: Se for questionar ele vai dizer que a culpa é da Globo! Afinal a Globo é prefeita do Rio de Janeiro.

Usuária: Eu com meu marido nesse SISREG e vendo ele só piorando e nada dessa fila andar. Literalmente *entrando em desespero*.

Profissional: *Sem internet para inserir os dados no SISREG, sem ar condicionado, sem dedetização, sem folha, sem toner nas impressoras, a maioria dos PCs quebrados, sem cadeiras adequadas pra trabalhar, sem jardinagem, sem água pra beber (pque a vela dos filtros não são trocados). Acho mais fácil listar o que temos pra trabalhar, pq está cada dia mais difícil.*

Profissional: *Consternada pela família!* Só pra reforçar, o fluxo de exames de alta complexidade, para se submeter a um Cateterismo, tem que ser incluído no SISREG e aguardar quem sabe meses para conseguir uma vaga! Gestor: A fila do SISREG triplicou desde de 2017 em diante.

Usuária: *Indignada* essa é a palavra pra esse sistema chamado SISREG, quase 1 ano esperando por marcação de exames e consultas. Porque as UBS só é de enfeite, e é isso que temos que lutar pra mudar.

Usuária: Orquídea¹⁴⁶ foi encaminhada com 2 meses pra pneumologista até hoje espero a ligação da consulta. Ela já tem 2 anos e 3 meses, já fez tratamento pelo particular já está curada em nome de Jesus e até hoje não mederam nenhum retorno.

Político: *SISREG, um sistema gessado, pessoas que estão a anos na fila, porque? Quando o médico regulador NEGA pronto cai no esquecimento!*

Usuário¹⁴⁷: ocorreu um sangramento em minhas vistas, na qual procurei um médico específico e o médico indicou um tratamento. Logo fomos para defensoria pública e o mesmo não resolveu, devido a demora meu problema se agravou, quando fomos chamados pelo SISREG no hospital Servidor do Estado e lá não realizei o tratamento por que alegaram falta de insumo e o médico não me deu esperança de quando chegaria o insumo. Quando o problema já estava agravado e *acabei perdendo a visão de ambas as vistas*, procurei um médico particular e lá o médico me informou que se eu quisesse

coletados em outubro e novembro, de 2020, na página de Organização Política - Nenhum Serviço de Saúde a menos, no FACEBOOK, através do site <https://www.facebook.com>

¹⁴⁵ É no contexto do martírio enfrentado pelos trabalhadores cariocas no acesso à RAS/RJ, que a iniciativa privada inaugura o “Copa Star” no Rio de Janeiro, em 2016, hospital 5 estrelas, do conglomerado Rede D’Or São Luiz, destinado a “quem pode pagar pela saúde”, no caso, a alta burguesia carioca. Ver: <http://www.copastar.com.br/O-Hospital>

¹⁴⁶ Nome fictício para não expor a identidade da usuária.

¹⁴⁷ Relato de um trabalhador que exercia a função de motorista “sempre fui trabalhador”.

recuperar 50% da visão eu teria que operar, e por isso estou fazendo essa vaquinha on-line, o valor de cada operação é de R\$ 13 Mil reais.

Profissional: só para lembrar: *Fala com a Márcia*. Privilégio religioso na fila do SISREG. Guardiões para não deixar a verdade aparecer. Tomógrafo colocado no pátio de uma igreja que todos sabem qual é. Religião não funciona como critério de escolha para a ter vaga no SISREG.

Profissional: *Isso é crime [fila do SISREG]. Vidas ameaçadas e interrompidas! A má gestão da Saúde, está matando mais que o Covid.*

Político: *e não é por causa da Pandemia!* Em três anos o número [fila SISREG] mais que dobrou. Nesse período, muitas equipes de clínica da família foram desabilitadas e a saúde no estado passou por greves e problemas com funcionários terceirizados. Isso [bagunça do SISREG] não pode continuar!

Profissional: unidades sem internet por falta de pagamento. *E a fila do SISREG só aumenta.*

Usuário: tenho exame pra fazer vai 2 anos a espera e uma cirurgia até quando vou esperar.

Usuário: Meu filho está na fila já apareceu zero dias na fila de espera e não tá agendado vou amanhã na clínica saber o que tá acontecendo.

Usuário: Estou esperando a 1 ano, e até agora não me chamaram, ligar não resolve nada, uma falta de respeito com os mais pobres, ruim É o pobre sofre com o SISREG, mas fazer o que né?

Usuário: *Imaginária mesmo* [Fila do SISREG] minha mãe tem que fazer 2 cirurgia sendo que ela foi ver uma dela na lista de espera tava 40 dia agora foi pra 83 só Deus mesmo é muito relativo

Usuário: Na realidade a “fila” do SISREG é *imaginária*, infelizmente a regulação de vagas é de quem clicar primeiro. Toda unidade básica possui um responsável técnico médico, que possui a senha para as marcações. As vagas são liberadas pelas unidades executantes em dias e horários aleatórios, quem pega as vagas é o responsável técnico que estiver online no momento. Resumindo, a “fila” *nada mais é que uma loteria, onde quem pega as vagas é o mais sortudo e o mais rápido no dedo.*

Usuário: é [SISREG] de um tempo pra cá algumas especialidades os responsáveis técnicos das clínicas são proibidos de marcar, ficando no aguardo da boa vontade dos médicos do SISREG agendarem. No momento ressonâncias, tomografias, doppler e procedimentos de oftalmologia

Usuário: Isso é um mata pobre!! Meios de enganar as pessoas que precisam

Profissional: Até os exames que estavam sendo marcados no Rio Imagem também vão ser inseridos no SISREG. Antes eram marcados na administração das clínicas. As senhas já foram bloqueadas. Para quem votou no Crivella, tá aí o que vocês queriam... “cuidando (de lascar) as pessoas”!

Os depoimentos da página virtual “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” indicam como o SISREG é visto de forma negativa, tanto pelos usuários, quanto por

profissionais e, também por gestores. Recentemente, numa nova pesquisa virtual, verificamos que existe um grupo, criado em janeiro de 2020, intitulado “**Vítimas do SISREG**”, com relatos incisivos e que demonstram muita insatisfação. Vejamos o relato abaixo:

Usuário: Aguardo a seis anos eu sou uma das enganadas pelo SISREG e quero entrar com uma ação popular pq conheço outras pessoas na mesma situação e contra essa covardia de ficar em uma fila e nunca ser chamada e não ter a transparência e sabemos de casos de pessoas que não entram no SISREG e consegue enquanto quem está na fila não.

A realidade é que, apesar de ter sido criado como forma de gerenciar e otimizar as vagas da RAS no município do Rio de Janeiro, o SISREG vem sendo tão mal operacionalizado na cidade, que tornou-se um problema diante da falta de compromisso e seriedade dos Gestores que vêm compondo a Secretaria Municipal de Saúde e os Serviços de Saúde das esferas estadual e federal da cidade e do Estado.

Como aponta Melo (2019), há gestores compromissados com a operacionalização de uma regulação baseada nos princípios do SUS (Garantia de acesso com equidade), porém *a máquina pública está organizada para que esse sistema não funcione*. Isso pode ser constatado pelo fato de que muitos gestores indicados por Crivella não cumprirem requisitos básicos de formação na área de saúde. Importa reconhecer que o SISREG no município do Rio de Janeiro, que virou sinônimo de regulação, na realidade não é! O sistema, que é uma ferramenta que pode ajudar no processo de regulação, gerenciando a oferta e demanda, pode inclusive mudar de nome de acordo com os diferentes municípios e estados. Não há como esse sistema de regulação funcionar no município do Rio de Janeiro, tendo lacunas e falta de vagas nos espaços secundários e terciários, sendo essa uma das particularidades que não vem sendo levada em consideração no município, sendo a falta de acesso aos serviços de média e alta complexidade o que vem sendo apontado por gestores e pesquisadores como um dos entraves para a efetivação do princípio da integralidade do SUS.

O que é particular da cidade do Rio de Janeiro e merece destaque aqui refere-se a uma reorganização do SISREG por uma via centralizada no nível central da prefeitura, o que significa um retrocesso no que tange à autonomia e às responsabilidades das unidades de APS, vigentes no período anterior. Os dados

apontam que, além da Gestão Crivelista não se preocupar com o acesso da população aos níveis mais complexos de saúde, também vem desmontando os serviços já ofertados pela APS.

O que vem acontecendo no município do Rio de Janeiro é que, com a ampliação do acesso às unidades de APS pela população e a não continuidade do tratamento em tempo hábil na RAS de referência, os trabalhadores e trabalhadoras cariocas, usuários do SUS/RJ, retornam às unidades de saúde da AP com o problema de saúde mais agravado, situação que vem comprometendo a integralidade do cuidado, colocando vidas em risco, quando não resultando em morte. *Na busca por um especialista, o trabalhador(a)/usuário(a) vem enfrentando longa demora na fila virtual do SISREG.*

2.5. O assistente social e o necessário debate sobre regulação em saúde

Este tópico tem por objetivo tecer algumas considerações sobre a importância dos assistentes sociais se aproximarem de forma orgânica do debate da regulação. Assim, aqui temos o intuito de mostrar o quanto é importante para a categoria captar as possibilidades postas para os assistentes sociais nestes espaços.

No cotidiano de intervenção numa unidade de APS e nas articulações intersetoriais com os diferentes níveis de complexidade, é bastante comum, por um lado, ouvir assistentes sociais se colocando à margem da discussão do SISREG, por outro lado, tendo de operar sistema através de senhas que lhes são confiadas e/ou atribuições que estão em confronto com a perspectiva defendida pelo Projeto Ético Político do Serviço Social (PEP) e pelos Parâmetros para atuação de Assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2009).

Ressalto que ainda é prematuro afirmar que muitas assistentes sociais reconhecem o SISREG apenas como sistema operacional, pelo fato desse estudo não ter em seus objetivos a análise da prática profissional. Contudo, sendo o assistente social, uma das categorias reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde¹⁴⁸ como profissional de saúde, é urgente um debate mais consistente e, principalmente, que nossa categoria entenda este *espaço como sendo estratégico e importante* para a profissão, tanto como possibilidades de ampliação do mercado de trabalho, mas, antes

¹⁴⁸ Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 218, de 06/03/1997.

de tudo, para saber realizar um processo interventivo na perspectiva de facilitar o direito de acesso dos trabalhadores ao sistema de saúde, conforme preconiza o artigo 196, da Constituição Federal de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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)

Atuar na garantia desse direito é urgente, principalmente em tempos de redução de direitos e desmonte do SUS, uma vez que os assistentes sociais, em consonância com o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro¹⁴⁹, precisam ter sua ação profissional em consonância com a defesa de direitos da população e não realizando somente atendimentos emergenciais, seletivos e/ou que realizem ações socioeconômicas para saber para quem vai o direito a exames, consultas com especialistas e/ou tenha acesso a medicamentos.

O assistente social, como profissional de saúde, na direção do projeto profissional, é um protagonista na defesa do SUS e pode se colocar de forma estratégica na defesa dos princípios e diretrizes do SUS universal e com controle social.

No contexto do projeto profissional, não cabe o assistente social na Saúde Pública defendendo atendimento de forma individualizada pela via biomédica, realizando apenas seus atendimentos no Plantão Social de forma acrítica e rotineira, sem um mínimo de planejamento e sem conseguir realizar um trabalho em equipe multidisciplinar/interdisciplinar.

Não cabe, no contexto de uma categoria que, em seu Código de ética manifesta um compromisso com a classe trabalhadora, o assistente social que não reconhece suas atribuições enquanto trabalhador da saúde e fica, no espaço sócio-ocupacional,

¹⁴⁹ Como afirma Vasconcelos (2015), “ainda que o cotidiano da prática esteja atravessado pela tensão reforma-revolução, é da afirmação da necessária tomada de posição dos assistentes sociais frente a processos revolucionários que se trata, já que, independentemente do nosso desejo e entendimento, como profissionais, somos parte de processos sociais, parte e expressão do movimento social que se expressa na luta entre capital/trabalho, quando fazemos escolhas cotidianas, carregadas de consequências. A direção deste processo/movimento põe, como exigência, uma atividade profissional que, como parte e expressão da práxis social radicalmente crítica, como apontado por Netto, seja mediada por uma análise social fundada na crítica da economia política. Essa direção social nos leva a lutar por reformas que, ainda que entrem em contradição com a lógica do capital, não levam automaticamente à sua superação, o que complica ainda mais o processo na medida em que essas reformas podem com o tempo serem transformadas em finalidade” (p. 576).

cumprindo atribuições da Política de Assistência Social na Saúde, conforme solicitações da gestão e/ou órgãos judiciais, como temos observado no cotidiano da nossa atuação profissional. Sem contar os vários assistentes sociais que atuam, como no Serviço Social tradicional, apenas como um “complementador da consulta médica”, para “orientar direitos e benefícios”, após o usuário não conseguir ser ouvido pelo médico no que tange às necessidades de uma declaração e/ou atestados/laudos para acessar seus direitos.

Conforme pode ser visto acima, imensos desafios existem no cotidiano da prática do assistente social; um cotidiano atravessado por diferentes demandas dos trabalhadores e requisições institucionais:

- Da instituição que contratou sua Força de Trabalho (FT);
- Dos trabalhadores, usuários e usuárias, que buscam a unidade de saúde;
- Da própria profissão;
- De instituições intersetoriais;
- De órgãos de defesa de direitos, dentre estas, demandas judiciais.

Cabe ressaltar que essas diferentes demandas impactam a ação profissional e, muitas das vezes, o profissional nem mesmo tem plena consciência delas, situação que confirma o quão rico e complexo é o espaço da prática, quando apreendido como parte e expressão da prática social¹⁵⁰, sendo imprescindível mediações para subsidiar a práxis profissional. Importa aqui esclarecer que não estamos nos referindo à falsa ideia de que “na prática a teoria é outra”, para não cairmos no mesmo equívoco de tantos que, na atualidade, desqualificam a defesa do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Por isso é importante partirmos de uma apropriação sobre a discussão da

¹⁵⁰ Como mostra Vasconcelos (2015, p. 583), “para operar nesta direção, como tem mostrado a própria história do Serviço Social, da década de 1970 até os dias atuais, *não basta que não se recuse a perspectiva do Projeto Ético-Político*. Práticas mediadas por este projeto exigem muito mais do que uma adesão abstrata a ele. Ao considerarmos o problema da concretização de práticas que favoreçam as maiorias — seja na docência/pesquisa/produção de conhecimento, no planejamento e na gestão de políticas sociais, seja nos espaços sócio-ocupacionais —, há que se fazê-lo *de dentro* e não, o que é inadmissível, *de fora* da sociedade do capital. A perspectiva do projeto profissional é fundamentalmente concreta ao situar o Serviço Social como parte e expressão do Modo de Produção Capitalista (MPC); desse modo, é de dentro — considerando tudo que ela tem de nefasto e nocivo, mas também das possibilidades que ela contém — e não de fora da ordem burguesa que os assistentes sociais podem, individual e coletivamente, contribuir com a resistência e imposição de limites ao capital, assim como apreender as forças que podem contribuir com a transformação do projeto profissional em realidade e que possam conduzir ao seu desenvolvimento e consolidação no cotidiano profissional”

dimensão técnico operativa do Serviço Social e do trabalho do Assistente Social na atualidade, abordando a dimensão técnico operativa da profissão na área de saúde, sem perder de vista a indissociabilidade com as dimensões teórico-metodológica e ético política.

Assim, antes de entrarmos propriamente na discussão do Serviço Social na Regulação em Saúde¹⁵¹, importa fazermos uma breve retrospectiva e fundamentação teórica sobre a importância do nosso trabalho no que se refere à atuação na área da saúde, situando a profissão de Serviço Social como um ramo de especialização do trabalho coletivo inserida na divisão social e técnica do trabalho.

Partimos da reflexão de Iamamoto (2001), que analisa o trabalho não apenas naótica da produção de bens para satisfação de necessidades materiais, de valores de uso. A autora busca entender a relação entre homem e a natureza como uma relação social que se dá através de relações entre homens, portanto dimensões de um mesmoprocessos, onde explica que o valor de uso não se materializa só em coisas¹⁵²; a ação dos homens em outras atividades também pode ser considerada trabalho, ainda que seja realizada em outros ramos, como os serviços.

Iamamoto destaca, ainda, o caráter histórico-social do trabalho, ressaltando-o como atividade coletiva, que só se realiza mediante o consumo de instrumentos, matérias e conhecimentos herdados de gerações anteriores; atividade que o homem só pode realizar através da relação com outros homens. Nesta direção, é preciso analisar o Serviço Social sob dois ângulos indissociáveis e interdependentes:

- Como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais, expressa pelo discurso/conteúdo teórico-ideológico sobre o exercício profissional;
- Pela atuação profissional como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e pode ultrapassar a vontade e/ou consciência de agentes individuais.

¹⁵¹ Compreendemos que ao compartilhar nossas reflexões sobre o tema, é possível contribuir para o debate no Serviço Social no que se refere ao assunto, particularmente, nos espaços tão controversos do SISREG no município do Rio de Janeiro.

¹⁵² Conforme Marx pontua, a “mercadoria”, ela pode satisfazer as necessidades humanas materiais e também as fantasias.

Assim, considerando a contradição capital-trabalho, a profissão está situada na polarização dos interesses de classes divergentes, ou seja, no contexto de luta de classes, onde o assistente social participa tanto do processo de reprodução dos interesses do capital, quanto das respostas à classe trabalhadora.

Desta forma, a reflexão construída parte do pressuposto de que o Serviço Social é uma profissão historicamente determinada e, neste sentido, é importante ter a compreensão de como a profissão situa-se na história da sociedade brasileira, isto é, o processo de institucionalização do Serviço Social¹⁵³ está diretamente vinculado à realidade social, à expansão da industrialização e ao desenvolvimento das cidades, cabendo destacar que a profissão adquire concretude histórica em face da expansão da questão social, sendo o eixo fundante do Serviço Social¹⁵⁴.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mas além da caridade e da repressão (IAMAMOTO, 2005, p. 77)

Alicerçada na análise de Iamamoto (2001) sobre a Questão Social na atualidade, a referida autora destaca quatro aspectos centrais que atribuem novas mediações históricas à produção e reprodução da questão social na cena contemporânea:

- A lógica financeira do regime de acumulação capitalista tende a ampliar as crises cíclicas, fazendo-as permanentes e gerando recessão. Situação que favorece os investimentos especulativos, em detrimento da produção, e como consequência tem-se o agravamento da questão social e regressão das políticas sociais públicas;
- Na esfera da produção, o padrão fordista-taylorista foi substituído pela acumulação flexível; como consequência, tem-se perda de direitos trabalhistas e aumento do desemprego; têm-se mudanças nas formas de organizar a produção, o que ocasiona a redução de trabalho vivo ante o trabalho passado incorporado nos meios de produção com elevação da composição técnica e de

¹⁵³ Apesar de fundamental, não é objetivo desse trabalho abordar a trajetória e desenvolvimento do Serviço Social no Brasil.

¹⁵⁴ Como realizamos considerações na Introdução desse trabalho.

valorização do capital;

- Mudanças nas relações Estado – Sociedade Civil e como uma das resultantes tem-se um amplo processo de privatização da máquina pública. Contexto que tolhe as ações do assistente social, pois não tem terreno fértil para implementar e viabilizar acesso a direitos sociais;
- Tais processos afetam não só a economia e a política, mas também as formas de sociabilidade. Vive-se na lógica do mercado, num clima de incertezas e desesperanças.

Diante disso, como consequência, a autora aponta o ressurgimento da “velha questão social”¹⁵⁵ que se metamorfoseia, assumindo novas roupagens na atualidade. Afirmar que é necessário apreender as novas mediações da Questão Social, para assim assimilar estratégias para o seu enfrentamento pelo Serviço Social.

Trazendo essa discussão para o exercício profissional na área da saúde, é necessário apontar que a área de saúde, historicamente, foi a maior empregadora de assistentes sociais¹⁵⁶, representando um campo fértil para a atuação profissional, porém, é preciso reconhecer as dificuldades que se apresentam num contexto de aprofundamento do neoliberalismo, de enxugamento e fragmentação das políticas públicas e de despolitização dos sujeitos.

A saúde, compondo a Seguridade Social brasileira, junto às políticas sociais de Assistência Social e da Previdência Social, é a política social mais estratégica. De acordo com Trindade (2001), no universo das políticas sociais, a Seguridade Social constitui um sistema de proteção social – previdência social, saúde e assistência social – que desempenha significativo papel no processo de produção e reprodução social,

¹⁵⁵ Iamamoto ressalta que a Questão Social não é um fenômeno recente, típico do esgotamento dos chamados trinta anos gloriosos da expansão do capitalismo, ao contrário, trata-se de uma “velha Questão Social” inscrita na própria natureza das relações sociais capitalistas, mas que, na contemporaneidade, se reproduz sob novas mediações históricas e, ao mesmo tempo, assume inéditas expressões espalhadas em todas as dimensões da vida em sociedade.

¹⁵⁶ De acordo com a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil”, realizada em 2005 pelo CFESS, a profissão é composta majoritariamente por mulheres (pouco mais de 90%). O estudo confirma a tendência de inserção do serviço social em instituições de natureza pública, com quase 80% da categoria ativa trabalhando nessa esfera. A saúde, a assistência social e a previdência social são as áreas que mais empregam profissionais. Ver em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#:~:text=0%20estudo%20confirma%20a%20tend%C3%A1reas%20que%20mais%20empregam%20>

pois está vinculado às necessidades de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho. É a única, dentro do tripé da Seguridade Social, que está alicerçada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e hierarquização das ações, comoreferenciado no SUS.

Neste contexto, além da competência teórico-metodológica para a realização do trabalho profissional, é necessário desvelar os processos sociais e entender seus rebatimentos no cotidiano dos usuários. O que exige do profissional uma formação continuada com temas fundamentais para a concretização de seu trabalho (legislações, programas sociais, conselhos de direitos, institutos de defesa de direitos etc.), para que possam atuar de forma competente e crítica frente às requisições e demandas que lhe são postas pelos empregadores e usuários. Desta forma é fundamental para o profissional o conhecimento da realidade sobre a qual atua, compreendendo o movimento institucional, o movimento do capital em direção aos serviços de saúde e de que forma estes rebatem nos processos de trabalho coletivo da saúde, realizando nessesentido uma atuação crítica e propositiva.

De acordo com Costa (2000), a atividade do profissional do assistente social, assim como tantas outras profissões,

está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho numa sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. A rigor, 'o exercício do trabalho do assistente social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades' (ABESS, 1996:24), em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde" (COSTA, 2000, p. 37).

A reflexão acima é essencial para entendermos que o trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde pública, se dá no âmbito coletivo, organizado pelo Estado, que lhes atribui requisições e qualificações, e só é possível entender esse processo a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se organiza no Brasil. O processo de trabalho¹⁵⁷ na saúde envolve um conjunto de profissionais que realiza o seu trabalho definido dentro e fora do espaço institucional.

Aqui, como fizemos referência ao termo "processo de trabalho" apontado na

¹⁵⁷ Aqui importaria abrir um parêntese e fazer referência a algumas reflexões marxianas e a mediações realizadas por alguns autores do Serviço Social, mas não é nosso interesse entrar em um embate sobre as diferentes perspectivas críticas existentes na área da nossa profissão na atualidade.

reflexão de Costa (2000), faremos uma pausa para resgatar o que Marx apontou sobre a união entre teleologia e objetivação de trabalho, quando apresenta a distinção das tarefas entre os homens com a de outros animais

[...] o animal também produz. Ergue um ninho, uma habitação, como asabelhas, os castores, as formigas, etc. Mas só produz o que é absolutamente necessário para si ou para seus filhotes; produz apenas numa só direção, ao passo que o homem produz universalmente; [...] O animal constrói apenas segundo o padrão e a necessidade da espécie a que pertence, ao passo que o homem sabe como produzir de acordo com o padrão de cada espécie e sabe como aplicar o padrão apropriado ao objeto; assim, o homem constrói também de acordo com as leis a beleza (MARX, 2011, p. 117).

Assim, conforme exposto acima, Marx explica que deriva do trabalho a modificação da natureza e do próprio homem, fazendo com que ocorra processualmente continuadas realizações e mudanças humanas. As barreiras entre homem e natureza ficam menos dificultosas na medida em que o homem, pelo trabalho, ganha mais autonomia no que se refere à satisfação de suas necessidades. Desta forma, quanto maior o processo de objetivação, mais desenvolvida e complexa será a sociedade.

Na análise marxiana, o modo como é realizado o trabalho é que pode ser chamado de processo de trabalho, porém importa destacar que existem diferenças entre o processo de trabalho da produção de mercadorias e o de produção de serviços. Sendo que na área de serviços, o que é peculiar a essa discussão na área da saúde é que o usuário é quem fica como objeto e agente no processo de trabalho, uma vez que é em sua vida que as alterações podem ou não ocorrer. É diante dessa explicação que o usuário participa de forma ativa fornecendo informações sobre sua saúde, que são fundamentais para melhora do seu quadro de saúde e/ou redução de danos a sua saúde e, desta forma, é objeto da ação e, também, interage nesta produção como sujeito do processo.

Por esta explicação acima que é central discutir isto no âmbito da profissão, já que o Serviço Social deve ser compreendido como profissão assalariada partícipe da divisão social e técnica do trabalho e por isso tem seu valor e necessidade na sociedade capitalista. Iamamoto (2001) ressalta que

Não se pode pensar a profissão pois, com idênticas mediações históricas típicas dos “30 anos gloriosos” – do pós guerra à meados da década de 70 –

porque alteraram-se as condições e relações que presidem a organização desse trabalho na sociedade atual como o já amplamente analisado. Faz-se pois necessário de pensar o exercício profissional em suas implicações na órbita das condições e relações de trabalho em que se inscreve, salientando tanto suas características enquanto trabalho concreto, quanto seus vínculos com o processo de produção e/ou distribuição da riqueza social, pensando em suas implicações enquanto trabalho abstrato. Este é um dos desafios importantes, que requerem dar um salto de profundidade na incorporação da teoria social crítica no universo da profissão aliada à pesquisa das estratégias acionadas para fazer frente à questão social (desde a ressurreição do espírito filantrópico, a desprofissionalização do trabalho comunitário com o chamamento ao voluntariado, o fetiche da solidariedade no reforço das desigualdades, entre muitos outros aspectos), a investigação sobre as necessidades sociais das classes subalternas e as novas feições do mercado de trabalho. (IAMAMOTO, 2001, p. 29) .

Este quadro, de acordo com Iamamoto (2001), levou a ABEPSS a ressaltar a importância de situar o exercício profissional do assistente social no centro do debate, o que resultou nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS¹⁵⁸, de 1996. Debate que ressaltou a centralidade do trabalho, da sociabilidade e a análise do Serviço Social inscrito em processos de trabalho, uma vez que, desta forma, pode-se apresentar uma formação profissional conectada a radicais mudanças que se processam na esfera do trabalho e nos sujeitos que o realizam, dentre estes os assistentes sociais enquanto trabalhadores assalariados.

Diante disso, é também uma tarefa ultrapassar o tratamento residual que tem sido atribuído ao “ensino da prática”, relegado a um papel secundário e que vem reforçando o velho discurso de que na prática, a teoria é outra.

Seguindo a perspectiva de Iamamoto, importa apreender as relações entre trabalho, questão social e o Serviço Social na sociedade capitalista, e reconhecer, também, que consciência e teleologia são chaves centrais para a atuação do(a) assistente social, frente aos desafios do cotidiano profissional enquanto causalidades postas na realidade.

Os espaços sócio-ocupacionais do Assistente Social têm lugar no Estado (executivo, legislativo e judiciário); nas empresas privadas, em organizações da sociedade civil sem fins lucrativos (ONG's) e nas assessorias a organizações e movimentos sociais. São distintos espaços de atuação que são dotados de

¹⁵⁸ É importante sinalizar que o Serviço Social convive com duas Diretrizes Curriculares: as referenciadas pela ABEPSS (1996) e as Diretrizes do MEC (1996) que, não acompanhando as indicações da categoria para a formação graduada de assistentes sociais, referendou a privatização e o ensino à distancia na área de formação do Serviço Social.

racionalidades e funções distintas na divisão social e técnica do trabalho, visto que implicam “relações sociais, que configuram como empregadores (o empresariado, o Estado, associações da sociedade civil e, especificamente, os trabalhadores). Elas condicionam possibilidades e limites, assim como o significado social e efeitos na sociedade.” (IAMAMOTO, 2009, p. 19.).

Assim, as incidências do trabalho profissional do assistente social na sociedade não dependem exclusivamente da atuação isolada do assistente social; dependem sim do conjunto das relações e das condições sociais dadas. Nesse sentido, a análise do trabalho do assistente social inserido no trabalho coletivo, na área da saúde, requer avaliar a importância das referências profissionais que devem contribuir para uma perspectiva ética e política no cotidiano de seu trabalho, isto é, na relação com os usuários dos serviços, com os demais profissionais e instituições nas quais trabalha.

Segundo Vasconcelos (2012), importa reconhecer, que mesmo comprometido politicamente com o Projeto Ético Político (PEP) do Serviço Social, muitos profissionais, involuntariamente por falta de planejamento do seu trabalho, reproduzem práticas conservadoras que reforçam o status quo, indo de encontro aos objetivos e perspectivas do projeto ético político. Atuando em atividades isoladas, não mostram capacidade teórico-crítica de antecipar suas ações, visto que

as atividades desenvolvidas não se constituem na ação planejada por meio da qual objetivam alcançar metas e fins definidos em resposta às demandas colocadas ao Serviço Social: demandas institucionais e demandas dos usuários, nas suas inter-relações. Desta forma, as ações profissionais, no seu conjunto, não expressam um processo consciente e a responsabilidade em contribuir para transformação/superação do status quo (VASCONCELOS, 2012, p. 34).

Nesta perspectiva, e seguindo as análises, pesquisas e reflexões sobre a prática profissional do Assistente Social, desde 1997, é possível, como afirma Vasconcelos, o profissional desenvolver atividades mecânicas e inconscientes, tornando-se um protagonista passivo no próprio espaço de trabalho, pois mesmo sem perceber, contribui com a manutenção da ordem capitalista, indo de encontro com a proposta do Projeto Ético Político da profissão. Desta forma, merece destacar que toda ação profissional tem um objetivo, uma finalidade, que pode ter como demandantes diferentes indivíduos sociais - usuários(as) dos serviços e/ou contratantes (públicos ou privados) -; cabe então, ao(a) assistente social, a clareza quanto as suas

referências ético-políticas e teórico-metodológicas e as finalidades de suas ações.

Importa reconhecer que a teoria não é uma receita a ser aplicada de forma automática, tendo em vista que ela se modifica ao longo do processo histórico e das experiências vivenciadas pelo sujeito. Não pertence ao campo da teoria a transformação objetiva da matéria, isso pertence ao campo da prática, ou seja, cabe à teoria a transformação de concepções de mundo e de ciência. Utilizando da teleologia, os sujeitos realizam operações no âmbito da razão e podem produzir meios de mudar a realidade ou usá-la para responder alguma demanda. Nesse caminho, a teoria tem um papel fundamental, na medida em que proporciona a produção do conhecimento indispensável para a transformação da realidade. Em suma, teoria e prática são indissociáveis e devem estar implicadas para que a transformação aconteça. De acordo com Santos (2010), a teoria determina ações ao esclarecer os objetivos, as possibilidades e as forças sociais participantes, sendo, desta forma, fundamento da ação e contribui para o exame e a identificação dos obstáculos que se são postos no cotidiano da prática profissional.

Segundo Vázquez (2011), a prática tem importância na medida em que é o fundamento para a teoria, a atividade objetiva que modifica natureza e o próprio homem, sendo fundamental a relação entre ambas categorias, já que a teoria por si só não tem condições de produzir saber; e a prática sozinha como mera atividade rotineira, é um ato sem finalidade pensada teleologicamente. O autor sinaliza esse ponto quando distingue atividade de práxis. Para Vázquez (2011), a práxis é uma prática específica do homem, enquanto a atividade é qualquer ato de transformação de matéria-prima, ou seja, a práxis deve ser compreendida como atividade estritamente humana, ocorre quando o homem observa a realidade dada e projeta outra, se move no presente em função do objetivo que pretende chegar, o que nos faz compreender que, atos desarticulados não podem se constituir em práxis. Aponta ainda que os objetos da Práxis são:

- De ordem da natureza;
- De ordem das relações humanas;
- Ou o resultado de uma práxis anterior.

Divide-as em práxis produtiva (trabalho); práxis artística, práxis experimental, práxis política e práxis revolucionária. Não é objetivo desse tópico aprofundar a

discussão da Práxis em Vázquez, mas importa reconhecer e sinalizar que a prática profissional é uma forma particular de práxis humana, com base no citado autor.

Na análise de Vasconcelos (2015), ao discutir o Serviço Social como práxis, nos aponta que é a práxis revolucionária que deve ser almejada pelos assistentes sociais que tem como finalidades e objetivos dar sua contribuição no processo de superação da ordem do capital (VASCONCELOS, 2015, p.143)

É a partir da práxis e do trabalho apreendido como ato fundante do ser social e como atividade humana autorrealizadora, nessa condição, modelo de práxis consciente, radicalmente crítica e criativa, que podemos apreender as possibilidades presentes no movimento da realidade social, na trajetória para a emancipação humana e, conseqüentemente, as possibilidades dos assistentes sociais, no exercício de suas funções, dar sua contribuição nesse processo. (VASCONCELOS, 2015, p.129).

Para Vasconcelos (2015), os assistentes sociais, se não têm condições ideais de atuação, possuem condições diferenciadas que permitem aos profissionais realizar mediações para além das questões imediatas apontadas pelos usuários, podem ainda realizar mediações, para além da aparência dos fatos, em busca de alternativas na prática cotidiana. Os apontamentos da autora são bastante estratégicos para demonstrar o quanto um Assistente Social tem posição privilegiada no espaço profissional – e também da Regulação -, podendo contribuir com as demandas, interesses e necessidades dos usuários, para além das requisições institucionais que precisam ser respondidas, na medida em que tem acesso a arquivos, planos, programas, projetos, banco de dados, legislações – e também plataformas, sistemas etc. -, dentre outras alternativas que podem ser favoráveis às demandas apresentadas pelos usuários.

Importa ainda falarmos que a reflexão da autora não desconsidera o que está posto na atualidade sobre as novas configurações nas relações de trabalho, principalmente no que se refere às contrarreformas que estão a todo vapor, após o golpe de 2016 no Brasil. O assistente social também é trabalhador assalariado e nas novas configurações trabalhistas, sua relativa autonomia enquanto profissional liberal fica mais restrita. Está em curso um retrocesso dos direitos duramente conquistados historicamente pelos trabalhadores e, dentre estes, incluem-se os direitos dos

assistentes sociais¹⁵⁹; porém, o que a autora ressalta é que, de acordo com os compromissos assumidos com a classe trabalhadora, temos que dar respostas qualificadas àqueles que demandam as ações do assistente social, e que, sem dúvida alguma, o assistente social, nas condições de trabalho reais da sociedade capitalista, precisa construir as condições de se atentar para as possibilidades dadas dentro do espaço contraditório de atuação profissional.

Pela via do processo de trabalho na área da saúde, importa reconhecer que o assistente social, como mostra Costa (2000), para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados para o exercício da atividade profissional na área da saúde, deve conhecer o funcionamento da instituição em que está inserido, a lógica de funcionamento e a dinâmica do sistema de saúde. Importante também é identificar as formas de atendimento e prestação de serviços de instituições que possam ser parceiras na viabilização da atendimento aos usuários. Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um “*elo orgânico*”¹⁶⁰ entre os diferentes níveis da saúde e entre as demais políticas setoriais, tendo como sua principal contribuição - a integralidade das ações.

Portanto, cabe ao assistente social formação continuada que lhe permita desvendar as configurações impostas pelo capital. Formação teórica, técnica e ético-políticas que permita ao profissional a possibilidade de ter maior autonomia e controle de suas ações e previsão de suas influências nos processos sociais. Um ponto fundamental é que o profissional tenha maior conhecimento acerca do movimento institucional e da questão social, objeto da ação profissional¹⁶¹, sendo importante mencionar que a questão social é manifestada pelos usuários a partir de suas diferentes

¹⁵⁹ Direitos que são diuturnamente desrespeitados, como os referentes à “inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional” e à “ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; (TÍTULO II - DOS DIREITOS E DAS RESPONSABILIDADES GERAIS DO/A ASSISTENTE SOCIAL, d/h), assim como, ao direito de: a- dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional e; b- ter livre acesso à população usuária, dos direitos com relação ao Art. 7º em - Das Relações com as Instituições Empregadoras e outras, do Código de Ética do assistente social.

¹⁶⁰ Essa reflexão está presente na dissertação de Costa - “O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal (RN) – Um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90” - defendida em 1998. Importante apontar que permanecemos sendo os “elos invisíveis” no processo de trabalho do SUS.

¹⁶¹ Já abordada anteriormente.

expressões, de forma parcializada, superficial e fragmentada, cabendo ao profissional um esforço qualificado não só de estudo e análise para reconhecê-la na sua complexidade, mas de democratização desse processo junto aos usuários (VASCONCELOS, 2015).

Nesse contexto complexo, é preciso que o assistente social seja capaz de distinguir o conjunto de necessidades impostas pelo capital, daquelas demandadas pelo trabalho, movimento que exige competência teórico-metodológica e ético política, baseada numa perspectiva crítica, que possibilite ao profissional apreender a totalidade em movimento e, a partir daí, fazer as mediações necessárias entre a situação particular que se apresenta no cotidiano de seu processo de trabalho e a conjuntura mais geral.

O assistente social precisa estar atento aos meios disponíveis para a realização de ações que possam dar respostas às demandas apresentadas, para o que, faz parte da ação profissional administrar o uso dos recursos presentes na instituição empregadora, bem como lutar por sua ampliação e universalização.

De acordo com Guerra (2007), pode-se afirmar que a autonomia relativa do assistente social seja favorável nestas situações, ou seja, uma autonomia que está hipotecada à sua capacidade estratégica e ao contexto sócio histórico em que essas iniciativas ocorrem. Ademais, uma prática orientada pelo projeto ético-político possibilita que o assistente social reconheça, não só as contradições e possibilidades, mas os limites de sua ação.

Sobre a autonomia relativa do assistente social, Iamamoto (2002) ressalta que em suas ações a autonomia é relativa, pois no desenvolvimento de seu trabalho existe o tensionamento entre as exigências dos empregadores quanto aos seus propósitos e demandas, pelas regulamentações específicas sobre o exercício e organização do trabalho, pelas funções e atribuições, e pela gestão da força de trabalho e suas determinações contratuais, como salário e jornada de trabalho.

O que fica claro é que, pela autonomia relativa, o profissional tem a possibilidade de imprimir um direcionamento estratégico ao seu exercício profissional, ou seja, pode criar mecanismos e direcionar o conteúdo no âmbito técnico operativo de diferentes formas, com o fim de atingir determinado objetivo. Uma autonomia relativa, mas que permite ao profissional uma atuação mais condizente com o projeto ético político do

Serviço Social, desde que imprima em suas ações o “pôr teleológico” ¹⁶².

Para respaldar essa autonomia, Iamamoto (2007) afirma que o profissional possui sua formação acadêmico-profissional especializada; atribuições e competências privativas e possibilidade de articulação com outros espaços institucionais e as forças políticas das organizações de trabalhadores.

Outra possibilidade é que é fundamental para pensar a autonomia e ações estratégicas na dimensão técnico operativa do Serviço Social tem relação ao que foi exposto por Matos (2003), sobre os avanços políticos, institucionais e acadêmicos conquistados na via do projeto “intenção de ruptura”¹⁶³ que influenciaram diretamente na qualidade de serviços prestados à população.

A reflexão acima contribui para entendermos a atuação do assistente social no trabalho cotidiano, local onde lida com situações singulares presentes na vida de indivíduos e famílias marcadas pelas contradições de classe, onde o profissional é desafiado “a desentranhar da vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões universais e particulares que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública” (IAMAMOTO, 2007, p.221).

Estas possibilidades vão ao encontro do que foi exposto por Prates (2003) quando afirma que “quanto maior nosso conhecimento teórico, mais ampla será nossa cadeia de mediações e maiores as nossas possibilidades de construí-las” (PRATES, 2003, p. 04).

Porém, nesses apontamentos sobre a autonomia relativa do assistente social, não podemos desconsiderar o que Raichelis (2018) indica sobre a relação tensa e contraditória existente entre o projeto profissional e o trabalho assalariado, entre as lutas de resistência e as imposições do poder institucional que impõem limites cada vez mais estreitos à relativa autonomia profissional na implementação do projeto,

¹⁶² Pelo pôr teleológico realizado no trabalho, os homens transformam as potencialidades das coisas em meios para o alcance de suas finalidades. Mas essa transformação depende dos conhecimentos dos homens sobre as propriedades das coisas, melhor dizendo, “a posição teleológica do trabalho só cumpre sua função transformadora sobre a base de um conhecimento correto das propriedades das coisas e suas conexões” (LUKÁCS, 1997 apud GUERRA, 2000:10)

¹⁶³ Na via política, ocorreram eleições democráticas de entidades profissionais; na academia, tem-se a emergência de várias publicações no campo marxista e a consolidação da pesquisa e da pós-graduação em Serviço Social e na via institucional tivemos a promulgação do novo Código de Ética Profissional de 1993 e da Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662/93 (MATOS, 2003)

subordinando assistentes sociais aos constrangimentos da alienação e à reificação nas relações de trabalho (RAICHELIS, 2018:29).

Desta forma, no processo de intervenção social do assistente social, deve-se reconhecer a complexidade do objeto de trabalho a partir da perspectiva da totalidade, que favorecerá o reconhecimento das requisições institucionais, das demandas dos usuários e das identificadas pelo próprio profissional, sabendo que estas questões ultrapassam os limites da instituição e são fundamentais e imprescindíveis aos usuários e à própria instituição. Reconhecer tais requisições e demandas coloca para a categoria profissional imensos desafios, seja no âmbito dos espaços sócio-ocupacionais, seja no âmbito da construção de conhecimentos nas instituições formadoras.

A contribuição de Vasconcelos (2015) é imprescindível para pensarmos nesses desafios, uma vez que as alternativas de respostas que precisam ser mediadas, estão na realidade, mas não se revelam por si mesmas; é preciso sistematização e contextualização das situações concretas. (VASCONCELOS, 2015: 457 e 458). Concordamos com a autora que para romper com práticas conservadoras é preciso uma profunda análise crítica da sociedade em que atuamos, sendo fundamental a escolha consciente de defesa e de estar ao lado dos trabalhadores.

Seguir o caminho crítico e escolher o lado do trabalhador requer de nós, assistentes sociais, a busca por uma opção ético-política respaldada numa análise crítica da sociedade capitalista. Para se tornar uma realidade material e objetivar-se, o projeto profissional precisa estar fundado em “uma práxis criativa, consciente, radicalmente crítica, reflexiva e coletiva - ou seja, uma práxis planejada e avaliada nas suas consequências –, tendo como parâmetro e finalidade os interesses históricos dos diferentes segmentos da classe trabalhadora (VASCONCELOS, 2015, p. 60).

É por esse caminho que pretendemos apontar a importância do Serviço Social ocupar o espaço da regulação. De forma alguma, estamos nos referindo a práticas contrárias ao que está indicado nos parâmetros elaborados pelo conjunto CFESS/CRESS¹⁶⁴, em 2009, e, tampouco de expandir funções burocráticas e rotineiras desempenhadas tradicionalmente por assistentes sociais na área da saúde. Ao contrário, a adesão aos espaços da regulação pode permitir aos profissionais encaminharem suas ações de forma a pressionar/tensionar a regulação de vagas em

¹⁶⁴ Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde (CFESS, 2009).

direção aos ideais da Reforma Sanitária e do projeto ético político do Serviço Social. Nesse caminho, o debate sobre as competências e ações profissionais podem trilhar a defesa da universalidade, integralidade e equidade em saúde.

O assistente social, como profissional de saúde, tem em suas ações possibilidades que vão muito além do atendimento às demandas emergenciais, atuando de forma interdisciplinar com outros profissionais da saúde, quando pode contribuir com competência e clareza, conforme o que está previsto nos Parâmetros de Atuação do assistente social na política de saúde que, com base na Lei 8.666 – que regulamenta a profissão -, define, dentre outras, como atribuições dos assistentes sociais:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, executar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.

Diante das possibilidades apresentadas acima, qualquer requisição e/ou encaminhamento referente ao SISREG no Rio de Janeiro podem ser visualizados como potentes demandas para os assistentes sociais. Contudo, precisamos destacar que não cabe aos assistentes sociais: operacionalizar sistema de regulação (principalmente com senhas provisórias); acionar Vaga Zero (Ambulância); consultar posição de usuário na fila SISREG; digitalizar e/ou retificar guias de referência/contrarreferência; realizar análise socioeconômica para garantir prioridade na fila SISREG¹⁶⁵, dentre outras solicitações equivocadas do gestor de saúde.

¹⁶⁵ Merece destacar que isto não é atribuição de Assistente Social e de nenhum outro profissional. Afinal o SUS é universal. Assistente Social que realiza este tipo de ação deve ser imediatamente denunciada ao CRESS de sua região.

Aprofundar as reflexões sobre a dimensão técnico operativa do Assistente Social é um bom caminho para amadurecermos as possibilidades de atuação na regulação. Trindade (2001) aponta que o exercício profissional do assistente social incide sobre as condições e situação de vida dos trabalhadores e, desta forma, insere-se no processo de criação de condições para o funcionamento da força de trabalho e à extração da mais valia. A autora chama a atenção que, para definir a participação do assistente social no processo de produção social, deve-se focar nas delimitações das especificidades das situações socioeconômicas na qual incide a ação do profissional, ressaltando que esses processos são apreendidos em muitos casos como fragmentos sobre os quais incidem programas, projetos e serviços vinculados às políticas sociais.

Pensando nos instrumentos de trabalho, o profissional possui o conhecimento e as habilidades acumuladas durante o processo de formação profissional, que são as bases teórico metodológicas que irão conduzir a leitura da realidade e, assim, direcionar sua ação profissional. Outros elementos referem-se aos recursos institucionais presentes na instituição que o contrata, tais como recursos materiais, permanentes, financeiros e organizacionais da instituição empregadora. A partir daí, para que a sua ação seja efetivada na realização do seu trabalho, o profissional fará uso de um conjunto articulado de instrumentos e técnicas.

Segundo Trindade (2001), os instrumentos podem ser compreendidos como mediadores e potencializadores do trabalho, enquanto que as técnicas são as formas para se utilizar os instrumentos, portanto as técnicas podem ser aprimoradas a partir da utilização dos instrumentos e das finalidades que se deseja atingir. Importante entender que esse instrumental não é autônomo, ele faz parte do projeto profissional como parte imprescindível da objetivação das ações profissionais e da direção teórico metodológica e política do exercício da profissão.

Assim, fica claro que a dimensão técnico operativa não tem vida própria e nem está descolada da teoria¹⁶⁶; é sim articulada ao teórico metodológico e ético político, portanto, é histórica, já que, de acordo com Trindade (2011), recebe determinações da base sócio organizacional e das respostas e projetos profissionais do Serviço Social.

As reflexões de Guerra (2000) são imprescindíveis para entendermos que não

¹⁶⁶ Na prática a teoria não é outra. (SANTOS, 2013).

podemos pensar de forma autônoma a dimensão instrumental do Serviço Social, porque ela, descolada das outras dimensões, não permitiria “aos sujeitos as escolhas que engendram a ampliação de seus espaços profissionais” (GUERRA, 2000, p. 25). Trabalhar com essa dimensão de forma autônoma levaria a uma compreensão limitada ou equivocada do real e com isso o assistente social não teria capacidade de uma prévia ideação na efetivação de suas ações profissionais. A autora ressalta que, para além dos instrumentos, no Serviço Social existe uma instrumentalidade, ou seja, explica que é um conjunto de condições que são pensadas e repensadas no exercício profissional e que se modificam de acordo com o espaço ocupacional do assistente social, seu nível de qualificação, a correlação de forças existentes na instituição, dentre outras; ressalta, ainda, que essa dimensão se articula com as dimensões técnica, pedagógica, ético política, teórica e intelectual. Assim, a instrumentalidade é uma das categorias constitutivas do Serviço Social e pode possibilitar aos profissionais escolhas concretas dentro de um espaço repleto de limites institucionais

No processo de trabalho a passagem do momento da pré-ideação (projeto) para a ação propriamente dita requer instrumentalidade. Requer a conversão das coisas em meios para o alcance dos resultados. Essa capacidade só pode se dar no processo de trabalho, no qual o homem mobiliza todos os recursos convertendo-os em instrumentos para alcançar seus resultados. É essa capacidade que, como instância de passagem, possibilita passar das abstrações da vontade para a concreção das finalidades. (GUERRA, 2000, p. 09).

A instrumentalidade do trabalho do assistente social, para Guerra, deve ser analisada sob três tipos:

- Funcional – relacionado à sua funcionalidade ao projeto burguês;
- Operativo – relacionado ao instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas;
- Mediador – relacionado como uma mediação que permite a passagem desde as análises mais universais até as singularidades, da intervenção profissional.

Fica claro que a instrumentalidade não pode ser tratada como um arsenal de instrumentos e técnicas a serem aplicados, pois é através da instrumentalidade como uma mediação que os profissionais poderão transformar e modificar as condições

objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais que existem no cotidiano.

Os assistentes sociais utilizam, criam e adequam as condições existentes, transformando-as em instrumentos para a objetivação de intencionalidades, assim suas ações passam a ser portadoras de instrumentalidade, o que podemos concluir que a instrumentalidade é tanto condição necessária do trabalho, quanto categoria constitutiva (GUERRA, 1999).

Com estas reflexões, ressaltamos que o assistente social precisa estar comprometido com o projeto ético-político da profissão e seguir em formação continuada, pois só assim terá competência teórica metodológica para decifrar a realidade que se apresenta nos espaços sócio ocupacionais; assim terá mais possibilidades na dimensão técnico operativa e será

capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora de participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los (IAMAMOTO, 2006, p.193).

Após estas breves considerações sobre o Serviço Social, é possível compreendermos a importância dos Assistentes Sociais se aproximarem do debate da regulação. Por falta de realização da pesquisa de campo, não temos condições aqui de apontar as demandas sobre o SISREG no município do Rio de Janeiro que vem chegando para o Serviço Social na APS, mas podemos destacar que, no CMS Oswaldo Cruz, estas demandas se apresentam de diversas formas, dentre as quais, destacamos:

- Usuária de 44 anos, com histórico de câncer de mama na família (Mãe já foi a óbito e irmã em tratamento), teve sua solicitação de ultrassonografia negada; chega ao Serviço Social com a documentação devolvida e na busca por orientações do que fazer. A princípio, a mulher coloca culpa na médica que “não está preocupada com sua saúde”; ao verificarmos a documentação, todos os protocolos para ter direito ao referido exame foram cumpridos pela médica e, mesmo assim, ocorreu a negativa do Regulador. A partir daí, o assistente social discute a situação com o Responsável Técnico e médica de referência, para refazer a solicitação. A situação foi revertida, retificações aconteceram e o exame foi autorizado.
- O assistente social realiza visita domiciliar em conjunto com médico da ESF de

referência a um idoso de mais de 80 anos. Após avaliação clínica e realização de exames com classificação de risco vermelha, o médico generalista encaminha, via SISREG, para consulta com especialista para cirurgia de hérnia inguinal. O assistente social, ao verificar o registro no E'SUS, observa erro na classificação de risco: uma situação gravíssima, entrou na classificação de risco azul. A situação foi retificada pelo médico.

- Assistente Social de uma instituição militar entra em contato com o Serviço Social do CMS Oswaldo Cruz para maiores informações sobre os protocolos do SISREG. Esta colega de profissão atendia uma família com parte dos integrantes coberta por Plano de Saúde e outra parte descoberta; um desses usuários estava na fila do SISREG para realização de cirurgia ortopédica. Ao consultarmos as informações do cidadão, pelo cartão do SUS, havia poucas informações no registro de solicitação. Orientações foram repassadas para que o usuário procurasse a Clínica da Família de referência.
- A usuária procura o Serviço Social para questionar o porquê não tem direito a agendar consulta com a Psicóloga pelo SISREG. Apresenta sua real necessidade, entre lágrimas e soluços, e ressalta que é muito sofrido para ela ter que repetir para vários profissionais a mesma situação, sem contar que não se sente confortável de falar sobre sua vida emocional para ACS, que é sua vizinha. O assistente social explica para a senhora que o protocolo para área com cobertura ESF é diferente da área que não tem cobertura e que este não é um simples atendimento. Uma série de mediações precisam ser realizadas até a situação da usuária chegar no espaço de Matriciamento em Saúde Mental, o que foi democratizado com a usuária.
- Usuário chega ao Serviço Social com uma série de exames, originais e xérox, de referências que não foram autorizadas pelo SISREG, a partir de um relato potente sobre muitas dificuldades, idas e vindas em vários setores e, o mais estarrecedor: dado todas as dificuldades enfrentadas, já está perdendo a visão do olho esquerdo. *O que cabe ao Assistente Social? Iniciar um acompanhamento para facilitar o acesso à rede de saúde ou simplesmente dizer ao idoso que o Setor de Serviço Social não resolve nada sobre SISREG?*

Vários outros registros poderiam ser destacados aqui, mas estes exemplos são suficientes para demonstrar o quanto o Serviço Social precisa se implicar com as demandas da Regulação, ao ponto que esta breve sistematização é suficiente para defendermos que o Assistente Social, enquanto um profissional da Saúde, precisa sim conhecer todas as nuances e protocolos existentes no SISREG.

Retomando aqui a análise realizada por Cecílio et al (2014) sobre os quatro tipos de regulação (leiga, clientelista, profissional e governamental), o autor aponta que na regulação profissional, o médico é quem mais tem autoridade; geralmente usa seu carimbo. Ressalto que os Assistentes Sociais precisam ocupar esse espaço com autoridade, também; para uma boa referência e contrarreferência acontecer, é preciso que sejam realizadas uma série de articulações intersetoriais, que podem ter o assistente social como um dos profissionais estratégicos para esse tipo de ação.

Um ponto que é pouco discutido, refere-se à pouca importância dada sobre a necessidade de se referenciar o usuário para um serviço de saúde próximo de casa. Diante da escassez de vagas, não se pensa nesse protocolo e muito menos avalia-se se aquele cidadão terá condições financeiras de custear o transporte ou até mesmo se a pessoa em tela tem rede de apoio para acompanhá-lo às consultas; essa, outra situação que relaciona diretamente o assistente social no processo de regulação de vagas.

A situação da fila do SISREG no município do Rio de Janeiro é bastante séria e o tempo de espera é um dos fatores mais preocupantes, seja para o usuário que está enfrentando problemas de saúde, seja para os profissionais que não encontram saídas quando, em muitos casos, já se esgotaram as possibilidades de ações em situações de risco de vida. Nestes casos, o que resta como alternativa para encaminhar o paciente para o atendimento especializado é o acionamento judicial, mais uma situação que tem o Serviço Social como um dos profissionais estratégicos para orientar e encaminhar os usuários.

Pensando sob o ponto do usuário, o processo moroso, confuso e cheio de contradições que vai desde a marcação de consulta na sua unidade de APS até a realização efetiva de consulta com o especialista, apresenta várias barreiras, situação bastante justificável para que o Serviço Social organize um espaço de grupo coletivo para orientações, esclarecimentos e discussão de táticas para facilitar o acesso ao SISREG com resolutividade.

A partir dessas breves reflexões, nos parece urgente que o Serviço Social problematize sobre as barreiras encontradas no SISREG, uma vez que o sistema público de saúde do município do Rio de Janeiro, assim como no restante do país, sofre com longas filas de espera para a realização de exames e consultas com especialistas, o que impede o estabelecimento de um acompanhamento longitudinal e integral, podendo agravar ainda mais os problemas de saúde dos trabalhadores usuários do Sistema Único de Saúde Brasileiro, tão atacado, e que tem se mostrado essencial, não somente neste momento de pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de uma longa trajetória profissional na área do Serviço Social, é que tenho amadurecimento intelectual, ético e profissional para entender as riquíssimas contribuições da Professora Nobuco Kameyama¹⁶⁷ no que tange à importância do rigor metodológico na pesquisa. As aproximações sucessivas que temos que realizar diante do objeto (no nosso caso o SISREG), já não é mais tão abstrato. Aponto esse trabalho como uma das primeiras aproximações ao nosso objeto de pesquisa – O SISREG na cidade do Rio de Janeiro - e permaneceremos fiel ao método marxiano, realizando outras importantes aproximações com novos questionamentos e novas indagações que estão aparecendo nessas considerações finais.

Entender o objeto no real concreto poderá trazer à tona sua relação singular com a totalidade e, conseqüentemente, teremos possibilidades de desnudar a essência do FENÔMENO.

O que é interessante perceber no contexto político atual é o quanto o SISREG é um fenômeno difícil de captar, estando em constante mutação e sendo necessário a apreensão de uma série de conhecimentos sobre as particularidades da política de Saúde no Brasil, seu desmonte, a gestão em saúde pela via da privatização que vem sendo implementada e o desmonte da RAS no Rio de Janeiro, dentre outros aspectos. Mesmo assim, a aproximação teórica realizada ao longo dessa dissertação possibilitou estabelecer uma análise correlacionada com os avanços legais estabelecidos com relação a temática da regulação.

Foi com a aprovação da Constituição Federal de 1988 (CF 1988), que a saúde passou a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade (PORTAL

¹⁶⁷ Nobuco Kameyama foi uma brilhante professora do Serviço Social da UFRJ que faleceu em 2011. Deixou para nós, que tivemos privilégio de ser seus alunos, imensos ensinamentos sobre método e pesquisa. Só depois de muito tempo entendi o porquê a pesquisa no mestrado é muito mais difícil de ser realizada do que no Doutorado. Desenvolvia esta reflexão amparada no rigor do método marxiano e, com maestria, nos apresentava as categorias Particularidade, Singularidade, Totalidade. Tinha um tom de voz baixo e era maravilhoso chegar cedo para disputar as cadeiras da frente para aproveitar ao máximo do seu conhecimento e produção teórica. Anotações de aula, FSS/UFRJ 2002/2003.

SISREG, 2008).

Garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do princípio da universalidade, foi necessário instituir a Política Nacional de Regulação do SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas do governo capazes de criar mecanismos de ordenação das práticas de assistência (BRASIL. Complexos reguladores, 2007).

Portanto, a regulação compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. A reflexão realizada por OLIVEIRA (2010) nos ajudou a compreender que o SISREG é uma das ferramentas de gestão, fazendo parte de uma série de estratégias de regulação da política nacional de saúde, as quais vêm sendo postas em prática pelo SUS, desde o início dos anos de 1990. Com as Normas Operacionais do SUS, editadas a partir de 1991, e que podem ser consideradas como “instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS”, tivemos a introdução do termo “Regulação”, na Norma Operacional/NOAS 01/02, quando foram apresentadas orientações de atuação para a Gestão do SUS, em ações e serviços de controle, avaliação e auditoria, incluindo o conceito de regulação e suas implicações para reorganização do modelo, visando um acesso aos serviços de saúde com equidade na saúde.

Contudo, é importante ressaltar que não ocorreu por parte da maioria dos Municípios a adesão necessária para a modificação do conceito de “acesso” até então utilizados pelos municípios, como no caso da cidade do Rio de Janeiro que passou a organizar um sistema de regulação somente após os anos 2000.

Conforme apontado no decorrer desse estudo, foi somente em 2004 que foi implantada a primeira versão do sistema SISREG desenvolvido pelo Ministério da Saúde (DATASUS) que era restrito aos prestadores conveniados no Rio de Janeiro; como avanço, ocorreu a mudança para o SISREG III em 2009, operado pelo DATASUS de Brasília, bastando acessar o sistema através de senhas.

Sendo somente em 2012, que o Poder Público Municipal descentralizou a regulação ambulatorial para os profissionais da APS. Foi por esse motivo que realizamos o recorte de análise para a partir de 2012 até 2018, Na aproximação aos

dados publicizados sobre o SISREG, verificamos que é necessário uma análise subdividida em dois subperíodos:

- 2012-2017: período marcado pelo processo de descentralização de responsabilidade da regulação para a APS; SISREG como principal ferramenta da regulação assistencial ambulatorial no município; Expansão da APS no município, de modo a aumentar o acesso de mais cidadãos aos serviços de saúde básicos; Descentralização da regulação dos procedimentos especializados para a APS, por meio de atribuição da função de regulação aos médicos responsáveis técnicos do município; elaboração de protocolos sobre o SISREG; preocupação com a capacitação dos profissionais; respeito aos protocolos e regulação profissional.
- 2017 em diante: dificuldades no acesso de dados; regulação clientelista; escândalos relacionados ao uso do SISREG; retirada de autonomia da APS e centralização do processo sob responsabilidade dos médicos reguladores; excesso de regras e protocolos que dificultam o acesso ao sistema, desmonte da APS amparada na reformulação da PNAB de 2017; triplicação do número de pessoas aguardando na fila de espera.

Como mostra Vasconcelos,

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só no custeio, mas, principalmente, o não investimento na expansão da rede de serviços) e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados. (2002, p.79).

Com a citação acima, afirmamos que é exatamente desta forma que vem sendo implementada e operacionalizada a regulação de vagas no município do Rio de Janeiro. Apesar de ter ocorrido uma ampliação da APS no município do Rio de Janeiro a partir de 2009, ela não veio acompanhada de ampliação da RAS e/ou reorganização da rede de serviços existentes na capital carioca¹⁶⁸; desta forma, não ocorreu o que

¹⁶⁸ Importante lembrar que o município do Rio de Janeiro tem a maior rede de serviços de saúde do país que não é bem aproveitada em benefício da população, é sim voltada aos interesses do mercado.

estava disposto na PNAB revisada e aprovada em 2011¹⁶⁹, que caracterizou a APS da seguinte forma:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Antes mesmo de trilhar esse caminho com possibilidades de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica com o objetivo de reorientar a prática na saúde, com maior potencial de “aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012, p.54), vem ocorrendo um desmonte do SUS, que se aprofundou, desde 2016/2017, quando se aprovou a PEC 95, que congelou os investimentos na saúde por 20 anos; logo depois, ocorreu, ainda, a revisão da PNAB, em 2017, que pode ser compreendida como mais uma faceta de contrarreformas que vem sendo implementada com maior intensidade, desde o Golpe de 2016.

Nesse processo de contrarreformas e desmonte da PNAB, a ampliação da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro ficou bastante comprometida, por mais que tenham ocorrido avanços no que tange à ampliação de cobertura quantitativa; é preciso destacar que a atribuição da APS de coordenar e ordenar a Rede de Atenção à Saúde – RAS e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS estão comprometidos por falta de investimentos financeiros e, também, pela priorização da gestão dos serviços pela via das OS's.

A organização da APS no Rio de Janeiro se efetivou e se efetiva em espaço de disputa entre os projetos da Reforma Sanitária, o Projeto Privatista e o Projeto

¹⁶⁹ Pela Lei 2.488/2011.

da Reforma Sanitária Flexibilizada (BRAVO, 2009; 2013), e agora, na Gestão de Bolsonaro no Governo Federal e de Crivella na Administração Municipal do Rio de Janeiro, de um Projeto de SUS totalmente submetido ao mercado¹⁷⁰. A APS, no momento, está sendo disputada por uma lógica de atenção primária biomédica e individualizada, sem nenhuma atenção às questões complexas dos territórios, o que pode se configurar na manutenção de uma assistência à saúde seletiva e de integralidade restrita. Por esse caminho, os determinantes sociais não são considerados e nem levados a sério, ficando as ações de promoção e prevenção em saúde em segundo plano. A revisão da PNAB em 2017 representa uma reorientação do modelo de atenção primária no país e é totalmente prejudicial aos princípios do SUS.

Essa reorientação, há tempos vem sendo implementada no Rio de Janeiro, e na gestão Crivella, iniciada em 2017 e em finalização nesse no ano de 2020¹⁷¹, ocorre um verdadeiro desmonte.

Marcelo Crivella vem sendo considerado o pior prefeito da história do Rio de Janeiro, pela mídia (com exceção da Rede de televisão Record, que pertence ao Bispo da Igreja Universal do Reino de Deus – Edir Macedo¹⁷²); pelos profissionais contratados e concursados (com exceção do bonde “Guardiões do Crivella” e parte dos apoiadores de Bolsonaro); dos movimentos sociais; de gestores de saúde e estudiosos ligados aos diversos núcleos de pesquisa das principais universidades; de uma boa parte da população carioca e, também, de outros municípios e estados. Passou quatro anos na PCRJ sem mostrar serviço e sem mostrar compromisso com a cidade, envolveu-se

¹⁷⁰ A discussão e análise dos projetos em disputa (Projeto da Reforma Sanitária; Projeto Privatista; Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada e Projeto de SUS totalmente submetido ao Mercado) foi elaborada e vem sendo atualizada pela Professora Maria Inês Bravo, trata-se de uma análise gramsciana, da qual compartilhamos. Ver Bravo 2007; 2009; 2011 e 2013.

¹⁷¹ Crivella concorreu à reeleição em 2020 e perdeu no segundo turno para o seu antecessor Eduardo Paes. Importante mencionar que a vitória de Eduardo Paes sob Crivella representou mais **VETO** a Crivella do que, de fato, **VOTO** em Paes. O Segundo turno das eleições no Rio de Janeiro foi atípico; foi a única forma encontrada pelos eleitores críticos e conscientes de não deixar Crivella ganhar e continuar destruindo de vez o Rio de Janeiro, por mais quatro anos. A esquerda carioca, mais uma vez, não se organizou para um bom diálogo e não criou uma frente de esquerda para vencer o pleito. Não considerou os resultados das eleições de 2016, onde o PSOL facilmente chegou ao segundo turno, disputado com Crivella. Possivelmente, com uma boa análise de conjuntura e menos vaidade política entre as lideranças dos vários partidos de esquerda, a história das eleições 2020 e da cidade do Rio de Janeiro seria outra. Contudo, entender o fenômeno “eleições” no Rio de Janeiro não é e nunca foi tarefa simples, o que merece muita atenção dos pesquisadores e estudiosos, já que aqui no Rio de Janeiro é possível vitória da extrema direita até a extrema esquerda num mesmo pleito.

¹⁷² Que é parente (tio) do Prefeito Marcelo Crivella.

em diversos escândalos e por isso perdeu no segundo turno com números expressivos¹⁷³. De forma incompetente e descompromissada com a cidade do Rio de Janeiro, o prefeito conseguiu descumprir e piorar todas as suas “promessas” de Campanha, de 2016, quando desbancou o candidato apoiado por Eduardo Paes e seguiu para o segundo turno numa disputa com Marcelo Freixo (PSOL), saindo vitorioso. Com o slogan “cuidar das pessoas”, que se transformou numa espécie de “cuidar dos seus” e, por isso, sua gestão foi sendo considerada um “caos em todos os aspectos”. Segundo o economista Gilberto Braga¹⁷⁴, a crise econômica pela qual o Rio de Janeiro atravessa prejudicou sim a arrecadação de receita, principalmente, os tributos devidos ao município¹⁷⁵ (IPTU e o ISS), mas não ao ponto de chegar, ao fim desse “desastroso”(por conta da autora!) mandato, ao colapso em que se encontra a gestão municipal. Crivella não administrou e se cercou de gestores aliados e lideranças legislativas corruptas, para não sair pela via do impeachment¹⁷⁶; soube com maestria passar quatro anos colocando a culpa nas antigas gestões e sairá em 31/12/2020, completamente incapacitado e sem nenhum interesse em reverter o caos em que se encontra o município. Porém cumpre destacar que além da séria crise de saúde e sanitária que estamos vivenciando com maior intensidade no Rio de Janeiro, estamos atordoados com tanta corrupção, vexame por ver o Rio de Janeiro nas principais mídias policiais mundo afora, desrespeito com o bem comum e com a máfia que está enraizada dentro das instituições públicas – o fim do mandato desastroso e criminoso de Crivella foi antecipado para 22/12/2020 – momento em que teve sua prisão decretada em uma ação conjunta entre a Polícia Civil e o Ministério Público do Rio de Janeiro. A investigação aponta a existência de um “QG da Propina”,¹⁷⁷ até o dia 31/12/2020, quem assume interinamente como prefeito da capital

¹⁷³ Segundo dados do Estadão, Marcelo Crivella (Republicanos) “teve o pior resultado de um candidato em segundo turno no Rio desde a redemocratização”, tendo ficado apenas com 36% dos votos, ante 64% do adversário. Fonte: O Estado de São Paulo, 30/11/2020. Acesso em politica.estado.com.br, 30/11/2020.

¹⁷⁴ Gilberto Braga é Professor do IBMEC-Rio e da Fundação Dom Cabral.

¹⁷⁵ Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS).

¹⁷⁶ Com sua forma de governar nada afeita aos meios éticos e democráticos, se livrou de dois processos de impeachment, ambos relacionados a escândalos na Saúde: o primeiro foi em 2019, no episódio “Fala com a Márcia” e o segundo em setembro de 2020 no vergonhoso episódio do “Guardiões do Crivella”.

¹⁷⁷ Para maiores informações sugerimos consultar o Processo 0089804762020819.000; a denúncia da Subprocuradoria-Geral de Justiça de Assuntos Criminais e de Direitos Humanos do Ministério Público do Rio de Janeiro e a decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro que decretou a prisão preventiva de Crivella e mais 25 investigados como um dos desdobramentos da Operação HADES, que

carioca é o vereador Jorge Felipe (DEM).¹⁷⁸

No que se refere às promessas de gestão apresentadas nas Eleições de 2016 por Crivella e que foram registradas no Tribunal Superior Eleitoral (TSE), segundo a Agência Lupa¹⁷⁹, Crivella cumpriu menos de 20% das promessas que fez em seu programa de governo. O documento publicado pela Lupa, em outubro de 2020, teve revisão da Casa Fluminense¹⁸⁰ e está dividido em cinco áreas (saúde; educação, segurança pública/guarda municipal, mobilidade urbana e demais áreas).

A saúde pública foi a segunda área onde o atual prefeito Marcelo Crivella mais descumpriu as propostas do Plano de Governo; esta perdeu apenas para a área de mobilidade urbana. Das doze promessas de campanha relacionadas à saúde pública municipal em 2016, apenas três tiveram atenção parcial da administração crivelista, conforme a checagem da Lupa. Vejamos abaixo um resumo das dez áreas mais prejudicadas:

1 – Era meta da gestão Crivella, *colocar mais recursos na área de Saúde* (prometeu incluir mais R\$ 250 milhões ao ano) – o que *de fato ocorreu*, de acordo com o Portal da Transparência da Prefeitura do Rio de Janeiro, foi inversamente proporcional a sua promessa:

- Nos três primeiros anos da Gestão Crivella (2017; 2018 e 2019), o valor médio empenhado pela Secretaria de Saúde, foi de R\$ 5,2 bilhões em valores corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Na gestão anterior

investiga um suposto “QG da propina” na PCRJ.

¹⁷⁸ Notícia amplamente veiculada na imprensa televisiva e nas redes sociais dessa terça-feira de 22/12/2020. O vice-prefeito do Rio de Janeiro Fernando Mac Dowell faleceu em 2018, por este motivo quem assume o Poder Executivo é o Presidente da Câmara de Vereadores – Jorge Felipe.

¹⁷⁹ A agência Lupa, a primeira agência de notícias do Brasil a se especializar na técnica jornalística mundialmente conhecida como fact-checking e foi fundada em 1º de novembro de 2015, tem escritório no Rio de Janeiro. Sua redação acompanha o noticiário de política, economia, cidade, cultura, educação, saúde e relações internacionais. Faz checagem de notícias imprecisas e integra a International Fact-Checking Network (IFCN), rede mundial de checadores reunidos em torno do Poynter Institute, nos EUA, e segue à risca o código de conduta e princípios éticos do grupo. Tem como missão estimular o debate público. Está incubada no site da revista Piauí, no modelo de startup, e, por sua vez, no site da Folha e do UOL, mas não tem qualquer vínculo editorial com nenhuma dessas empresas. A Editora Alvinegra – que publica a revista Piauí – é o principal investidor da Lupa. FONTE: piaui.folha.uol.com.br

¹⁸⁰ A Casa Fluminense foi formada em 2013 por ativistas, pesquisadores identificados com a visão de um Rio mais integrado. Foi estruturada como associação civil sem fins lucrativos, autônoma e apartidária, e tem na rede seu elemento constitutivo essencial. Está em seus objetivos, a atuação para contribuir na construção de Políticas Públicas no Rio de Janeiro, dentre elas monitorar os compromissos de campanha eleitoral de candidatos. Fonte: casafluminense.org.br

de Eduardo Paes, a média girava em torno de R\$5,5 bilhões, o que trouxe uma média de R\$ 316 milhões a menos por ano. No que compete ao orçamento de 2020, inicialmente, previa-se R\$ 5 bilhões para a área da Saúde, com a Pandemia, a PCRJ aumentou o orçamento em R\$ 500 milhões e, mesmo assim, esse valor é apenas R\$ 40 milhões superior ao orçamento de 2016.

2 – (...) *reestruturar a gestão dos equipamentos que fazem atendimento emergencial às pessoas*, especificamente, as 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e os 8 Hospitais de Emergência da cidade, visando reduzir o tempo de espera e melhorar a qualidade do atendimento; o que *de fato se efetivou foi o aumento do tempo médio de espera nas filas das UPAs e dos hospitais de emergência*; os dados da SMS indicam que, até 2017, eram 30 minutos, em março de 2020 já eram 35 minutos, em agosto de 2020, já haviam ultrapassado esse tempo de espera, mas a SMS não apresentou o real tempo de espera para os pesquisadores da Lupa. Sobre as medidas adotadas para reestruturar a gestão dos equipamentos citados, apenas informou que “reviu contratos, revogou rubricas administrativas e aplicou medidas de austeridade nos contratos” (Lupa, Eleições 2020).

3 - *Criar o Programa Clínica de Especialistas* voltado para o atendimento de especialidades médicas (otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, ortopedia, etc.) e que contará com equipamentos para exames mais sofisticados (ultrassom e tomografia) – ressaltou que seriam 20 unidades implantadas até o final de 2020 e o atendimento as pessoas poderia ser feito conforme a urgência do caso ou ordem de chegada, com total transparência e sem necessidade do uso do SISREG. O que de fato aconteceu é que a PCRJ não criou o Programa Clínica de Especialidades, que teria como objetivo oferecer para os cariocas unidades com profissionais com especialidades médicas, como também não ampliou a RAS. Ficou a gestão inteira falando que existia um “Plano em elaboração”. A Secretária Municipal de Saúde Ana Beatriz Busch, pouco aparece em público desde que assumiu em 2018¹⁸¹ e, referente ao assunto e

¹⁸¹ Considerada nos bastidores da PCRJ coadjuvante do Ex Secretário de Saúde Dr. Carlos Eduardo de Mattos (Podemos) e de seu irmão Marco Antônio de Mattos, que assumiu a SMS/RJ, quando o vereador Dr. Carlos Eduardo precisou voltar, em 2018, para a Câmara de Vereadores do Rio, para compor a base governista do (“toma lá, dá cá de Crivella”); o citado vereador caminha para seu quinto mandato e, provavelmente, continuará realizando suas articulações promíscuas entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo

referenciando seu antecessor, falou de “ampliação da RAS, citou obras iniciadas em Bangu e Santa Cruz e investimento de R\$ 500 milhões na reforma tecnológica da rede municipal”. Porém, o que tivemos na prática foi uma piora dos serviços na rede secundária carioca, que já contava com 10 policlínicas existentes e a promessa de criar a Clínica de Especialidades. Essa, na verdade, era um Projeto encabeçado pelo Ex Secretário Dr. Carlos Eduardo que não vingou. O que se sabe é que muitos equipamentos foram comprados e estão subutilizados ou foram encaminhados para espaços alheios a RAS, como é o caso do Tomógrafo que foi instalado no Estacionamento da Igreja Universal do Reino de Deus, na Rocinha, ao invés de ser instalado na UPA da Rocinha. Como pode um bem público (tomógrafo) ir parar numa área privada que pertence ao clã religioso do Prefeito?

4 - *Manter e melhorar o programa Clínica da Família (sem mudar o nome)*, contratando mais ginecologistas e pediatras para o atendimento da população. Um grande equívoco, porque a área de saúde da família deve ser composta por médicos generalistas. Tanto não cumpriu essa proposta equivocada, como conseguiu desmontar a APS, constituindo foi pauta dos principais meios midiáticos o desmonte empreendido pela atual gestão.

5 – *Promessa de implantar Coordenações de Atendimento Regional (CERs), ao lado dos hospitais Rocha Faria, Salgado Filho e Albert Schweitzer, até o final de 2017.* O que ele propôs, de fato, já existia em dois hospitais (Albert Schweitzer e o Rocha Faria), que já estavam em funcionamento desde a gestão anterior, sendo conhecida como CER Realengo. Parte do hospital Albert Schweitzer foi inaugurada, em julho de 2016. Já o CER de Campo Grande, anexo ao Hospital Rocha Faria, foi inaugurado também em julho de 2016. Quanto ao CER prometido, anexo ao Hospital Salgado Filho, não foi realizado. Atualmente, o município do Rio de Janeiro tem sete dessas emergências, que são conhecidas de forma equivocada, tanto pela população, quanto por muitos profissionais como UPAS.

6 – *Promessa de assumir, até final de 2018, a gestão de 16 UPAS estaduais localizadas no município do Rio de Janeiro*, que se encontravam abandonadas. Não ocorreu a municipalização de nenhuma e, a partir de abril de 2017, a SMS/RJ publicou relatório apresentando que a referida proposta só seria viável com aporte de R\$ 18 milhões anuais repassados para cada estabelecimento de saúde.

7 – Iniciar no primeiro dia de governo e *envidar todos os esforços na implantação de um mutirão de saúde para zerar as filas do SISREG para cirurgia onde o paciente corre risco de vida*. Até somou esforços para essa proposta, porém, de janeiro de 2017 a março de 2020, a gestão de Crivella realizou seis mutirões de saúde, o último, ocorrido em setembro de 2020, em plena Pandemia do Covid-19. Resta perguntar: quantos trabalhadores estão se recuperando e quantos foram contaminados pela Covid-19? O que aflige ainda nessa proposta é que ela está cercada de falta de transparência e de escândalos, como abordaremos posteriormente.

8 – (...) *aumentar em 20% o número de leitos nos hospitais municipais, até o final de 2018*, visando reduzir o tempo de espera na fila do SISREG. Aconteceu o contrário. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNIS), o número de leitos caiu 6,1%, nos anos de 2017 e 2018. A RAS carioca, que contava com 3.872 leitos municipais em dezembro de 2016, caiu para 3.634 em dezembro de 2018. Número que continuou caindo em 2019, para 3.522 leitos. 2020 é um ano particular, por estarmos enfrentando a Pandemia do Covid-19, por isso, existe crescimento no número de leitos (3.974 em agosto de 2020), o que é um irrisório aumento (102 leitos – 2,6%). Muito abaixo dos 20% prometidos por Crivella em 2016, época em que nem se apontava a hipótese de enfrentarmos uma Pandemia Mundial.

9 – *Estabelecer um novo plano de cargos e salários baseado na meritocracia para todos os servidores de saúde do município até o final de 2017*, garantindo melhores salários para os servidores que cumprirem suas metas de produtividade e de qualidade no atendimento – para isso, também será estabelecido um sistema de avaliação do atendimento médico feito diretamente pelo cidadão. O prefeito não realizou nada no que se refere a um novo plano de cargos e salários da saúde; o que fez foi piorar e muito a vida dos servidores e contratados. Esse tópico é bastante particular e uma das áreas mais delicadas na gestão de Marcelo Crivella. Não cabe ao nosso estudo destrinchar todos os problemas, mas temos que destacar, que a gestão Crivella foi a mais desrespeitosa e descompromissada com o funcionalismo público. Foram permanentes as ameaças de atrasar salários dos servidores concursados; mudou o dia de pagamento que sempre foi até o segundo dia útil, para até o quinto dia útil de cada mês; foi costumeiro ver os contratados por OSs sem receber salário,

tendo que paralisar e/ou realizar greve para terem seu direito garantido; essa gestão demitiu em massa bons profissionais compromissados com o SUS e recontratou muitos com redução salarial; dentre outras questões.

10 – Manter o apoio das OSs à Saúde Pública Municipal, mas, já no primeiro ano de governo, fazer uma ampla auditoria referente aos critérios de seleção e aos gastos de cada uma delas, garantindo o estabelecimento e a cobrança rigorosa de metas de produtividade e de qualidade para os serviços prestados. A PRJ criou em 2017 uma Comissão Técnica de Avaliação em 2017 com o objetivo de monitorar e avaliar as ações das OSs, reviu contratos e revogou rubricas administrativas, porém isso se deu sem planejamento e sem o menor compromisso com os usuários do SUS e trabalhadores do SUS. O reordenamento realizado por Crivella com relação às OSs é bem complexo de se analisar. Precisamos de mais elementos empíricos para apontar e destacar se esse ponto foi central e funcionou como chave do reordenamento da gestão de Crivella a partir de 2017 para se diferenciar da gestão anterior. Teria sido importante sim tirar o privilegiamento das OSs e valorizar uma nova forma de gestão pela via de abertura de concursos públicos, porém não era esse o interesse do Plano de governo de Crivella. O que o prefeito fez para reordenar e desmontar de forma estratégica a APS foi aproveitar as mudanças ocorridas com a PNAB 2017 e, assim, passou a reestruturá-la para um modelo ainda mais restrito e focado no biomédico. Aproveitou a conjuntura de revisão da PNAB e a vitória de Bolsonaro para colocar em prática seu fatídico plano para a saúde na cidade do Rio de Janeiro, em consonância com o Plano de Governo de Bolsonaro que é o de destruir o SUS e privilegiar o Modelo Médico Assistencial Privatista.

Mencionar a checagem realizada pela Agência Lupa em outubro de 2020 é importante para confirmarmos alguns achados realizados nesse trabalho. Os pontos 3,4, 7, 8 e 10 estão diretamente relacionados ao SISREG no município do Rio de Janeiro, nosso objeto nesse estudo, que foi piorado e desqualificado na Gestão de Crivella. A ferramenta do Sistema de Regulação que foi criada para facilitar o acesso à RAS/RJ tornou-se centro dos escândalos em que Crivella se envolveu e que – por suas articulações promíscuas, clientelistas e milicianas – ficou livre de dois processos¹⁸² de impeachment:

¹⁸² Cabe ressaltar que Crivella se livrou da abertura de cinco processos de impeachment, aqui

- 2019 – Escândalo “Fala com a Márcia”, que tratamos nessa dissertação com apoio das discussões de Cecílio et al (2014), como uma das facetas da Regulação Clientelista empreendida na Gestão Crivella;
- 2020 – Escândalo conhecido como “Guardiões do Crivella”, quando o atual prefeito, as vésperas do período eleitoral e com a cidade enfrentando números catastróficos relacionados à Pandemia do Covid-19, se livrou de novo processo de impeachment. O referido grupo, que se organizava e recebia ordens via WhatsApp, era composto por funcionários de confiança contratados por Crivella; funcionários em cargos de diversos âmbitos da gestão e, com a presença, de Crivella no grupo virtual. Os “guardiões” eram distribuídos em duplas, tinham escalas diárias nas diversas unidades de saúde municipais para fazerem “plantão”, onde a principal atribuição era atrapaalhar reportagens com denúncias sobre a situação da saúde pública, com intimidação aos cidadãos e com violência verbal direcionada a repórteres em serviço. Esse grupo tinha variação salarial entre uma média de R\$ 2 mil a 10 mil reais.

Dando sequência às conclusões desse estudo sobre o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela Atenção Primária de Saúde, no período de 2012 a 2018, apontamos que um dos maiores desafios no Rio de Janeiro continua sendo a necessidade de se organizar um sistema de regulação que oferte à população o acesso baseado no cuidado integral. Ou seja, o SISREG não está dando conta de realizar a integração desde a atenção primária de saúde até a atenção especializada, que deve ser concretizada por meio de um processo de referência e contra referência que funcione de fato.

A operacionalização que vem sendo desenvolvida na cidade do Rio de Janeiro não vem se preocupando com a principal queixas dos usuários sobre o longo tempo de espera na fila virtual para conseguirem a marcação de uma consulta, realização de exames e até mesmo internações hospitalares, quando necessário.

Apontamos, desde o início do nosso estudo, que algumas interrogações deveriam ser respondidas para se analisar o SISREG enquanto um instrumento para a Regulação na capital carioca. Nossa principal indagação refere-se ao enfoque que está

sendo privilegiado pelo Estado, nas suas diferentes instâncias:

- Prestação de Serviços de Qualidade?
- Repasse da responsabilidade na oferta de serviços para os meios privados?
- Garantia de cuidados integrais à saúde de acordo com os princípios do SUS?

Por não termos realizado a pesquisa de campo com os gestores, profissionais e usuários, avaliamos que não podemos responder essas perguntas, porém, importa afirmar que o acesso às informações públicas nos garantiu possibilidades de fazer afirmações à respeito:

- Não existe prestação de serviços de qualidade no município do Rio de Janeiro para todos/as os trabalhadores/as que precisam em tempo oportuno. Aqui, basta apontarmos o quanto a fila do SISREG cresceu nos últimos três anos. Importa ressaltarmos que o SUS tem oferta de serviços de qualidade, tem profissionais de excelência, competentes e comprometidos com a população, porém, o sistema de regulação está organizado para não otimizar os recursos existentes e não mostrar a qualidade de um sistema público gratuito, universal e de qualidade, que tem condições reais de efetivar os princípios de integralidade equidade e controle social. É bem estratégico apontar a inoperância do SISREG e, com isso, vender a imagem de que o SUS está falido; de que o SUS na prática não pode garantir a integralidade. Precisamos urgentemente enfrentar estrategicamente, junto aos trabalhadores e trabalhadoras, esse discurso e apontarmos soluções dentro do SUS e não fora dele.
- Com relação ao repasse de responsabilidades na oferta de serviços para os meios privados, é outra realidade que precisa ser enfrentada junto aos trabalhadores. Em uma simples pesquisa junto ao CNES, é possível confirmar que em 2012 no município do Rio de Janeiro, somando esfera federal, estadual e municipal, haviam 925 serviços públicos especializados funcionando; já em 2017, contava-se com 1105 serviços especializados em funcionamento. Nesse mesmo intervalo de tempo, a rede terceirizada na cidade do Rio de Janeiro ampliou, e muito. De 274 em 2012, passou a ofertar serviços especializados em 733 instituições privadas. Isso demonstra que os interesses de mercado estão presentes na cidade do Rio de Janeiro, ou seja, teve-se um crescimento

ínfimo de 20% na ampliação de vagas especializadas na rede pública, já, a esfera conveniada ampliou em 170% no período de 2012 – 2017.

Como respaldo e se precisarmos consultar mais os dados disponíveis no CNES, em a 16ª Semana Científica HESFA/UFRJ¹⁸³ com a temática “A rede de atenção à saúde e o acesso integral, universal e equânime ao SUS”, Sorans (2019)¹⁸⁴ ressaltou na sua intervenção que muitos médicos concursados não ofertam vagas. A partir de pesquisa realizada, recentemente no referido cadastro, o autor afirma que havia 82% de médicos não ofertando vagas para a Regulação no Rio de Janeiro e, muitos desses profissionais, querem, de fato, que a oferta de vaga se dê por convênio com a área privada. Citou como exemplo que se o médico cardiologista e concursado via SUS ofertasse 02 vagas para consulta em cardiologia diariamente, não ocorreria tanta fila no SISREG, com tanto tempo de espera. A abordagem do referido autor procede e precisamos acompanhar sua nova gestão na Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que é responsabilidade do gestor monitorar os trabalhadores em serviço no SUS, sejam eles contratados e/ou concursados. Sobre o exemplo citado por SORANZ (2019), relacionado à falta de vagas na regulação por médico cardiologista, ressalto e amplio esta constatação para outras especialidades. Sem correr o risco de esgotar as reflexões nesse trabalho, é possível observar¹⁸⁵ médicos no SUS com duas matrículas (Federal e Municipal), ausentes dos seus espaços ocupacionais públicos e ofertando consultas na sua clínica particular, ou, até mesmo participando de grupos de pesquisa fora do país.

Outra possibilidade de isso acontecer, está bem próximo de nós que trabalhamos na APS carioca; isso já acontece no cotidiano das instituições em que trabalhei e trabalho. Existe sim a presença de médicos barganhando com suas chefias imediatas ausência do local de trabalho para realizarem outros compromissos profissionais e acadêmicos e, o mais – cruel – é a lógica como se dá isso na prática. Às vezes, esse

¹⁸³ 16ª Semana de Iniciação Científica realizada em outubro de 2019.

¹⁸⁴ Sorans é ex-secretário de Saúde na segunda Gestão Paes (2013-2016) e, atualmente, indicado por Eduardo Paes como Secretário de Saúde na próxima gestão municipal que terá início em 01/01/2021.

¹⁸⁵ São médicos que atuam em Hospitais Federais de Excelência na capital carioca, com segunda matrícula em Hospitais Municipais do Rio de Janeiro. Aponto que aqui cito como exemplo, os médicos, mas é uma prática que vem sendo disseminada entre outras categorias da saúde; importante ressaltar que não somos contra o profissional ter 02 ou até 03 matrículas, é direito e estratégia frente a não valorização do Servidor Público em regimes de Dedicção Exclusiva, mas somos totalmente contra a esses absurdos que estão na contramão da ética e dos direitos dos trabalhadores.

profissional “paga plantão” para outro colega realizar os seus atendimentos e o mais surpreendente ainda, é que, em muitos casos, *quem está recebendo duas vezes, não está dobrando sua carga horária, está sim, suprimindo a falta do outro no seu próprio plantão e no mesmo horário*¹⁸⁶.

Situações como as apresentadas acima expõem todos os trabalhadores e prejudica, principalmente, os usuários do SUS, que não têm o direito de consultar com um profissional de referência, que conseguiu sua alta qualificação, exatamente no serviço público, e com quem deveria estar realizando acompanhamento de saúde. Estas questões e suas consequências, de vez em quando, são expostas, seja por via das Ouvidorias realizadas pelos usuários, por registro em prontuários (que podem e devem ser registradas por todos os profissionais de saúde, inclusive pelos Assistentes Sociais). Por não terem sido tratadas com vontade política, não são evitadas e acabam indo parar nas Comissões de Óbito¹⁸⁷.

- Por último, vamos tecer algumas considerações sobre se está ocorrendo a garantia de cuidados integrais à saúde, de acordo com os princípios do SUS, outra indagação que está explícita na análise dos autores consultados no decorrer dessa pesquisa e que é motivo de preocupação para os gestores comprometidos com o SUS. Como hipótese do nosso estudo temos: - há pouco conhecimento e pouca visibilidade sobre a situação vivenciada pelos usuários do SUS no acesso a RAS no município do Rio de Janeiro; - os usuário/as não estão satisfeitos com a resolutividade do SISREG; - a fila virtual imensa, é mais difícil de ser visualizada pela sociedade e seus órgãos de defesa de direitos. As três hipóteses se confirmam de acordo com os dados secundários consultados, porém continuamos apresentando a necessidade de realizarmos uma pesquisa mais aprofundada, com aval de instituições e núcleos de pesquisas compromissados com a defesa de um SUS público, universal e

¹⁸⁶ Através de depoimentos de profissionais do ex-INAMPS, essas práticas não são recentes. No ex-INAMPS, já era comum, médicos especialistas, para darem conta de seus compromissos no consultório particular, contratarem profissionais recém formados para cumprir seus horários nos PAM e hospitais, uma prática que durava anos, até a aposentadoria do titular

¹⁸⁷ A comissão de Revisão de Óbitos, estabelecida através da Portaria MS/GM nº 1405/2006, instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimentos da Causa Mortis - Portaria MS nº 3123/2006 – que estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o Processo de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. A Comissão de Revisão de Óbito é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas Unidades de Saúde, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente.

gratuito.

Não são raros os profissionais que, diante da realidade que vivenciam no cotidiano da prática, se dispõem a estudar com mais profundidade a prática na saúde. Mas, a realização de pesquisa empírica necessita de financiamento público¹⁸⁸ e, infelizmente, isso não é realidade fácil para os trabalhadores do SUS. A começar, pelo calvário que enfrentamos para aprovação da pesquisa nos Comitês de Ética, já poderia ser considerado como justificativa plausível para a não realização de pesquisa de campo no Mestrado, principalmente, em casos de alunos trabalhadores¹⁸⁹ que sabem da importância da pesquisa para a formulação de políticas públicas.

A mudança percebida no processo de implementação do SISREG pode ter sido, de certa forma, facilitada pela gestão de Crivella, que já foi problematizado em vários pontos desse trabalho como uma gestão que não tem nenhuma preocupação em efetivar o SUS, tanto que pertence à sua gestão o não investimento na RAS e, ainda, o “cuidado” de desconstruir uma proposta de APS que vinha sendo implementada. Sem defender a APS que vinha sendo construída pela via da terceirização na gestão Paes, não podemos desconsiderar que ocorreram alguns avanços.

Havia na gestão anterior uma perspectiva de defesa do “SUS possível”, que abria possibilidades para uma regulação profissional. Já a gestão de Crivella foi marcada por uma espécie de regime híbrido, com interesses, características e sentidos heterogêneos, trazendo para a arena da política e da gestão pública, em nova roupagem – o clientelismo, o favor e as relações promíscuas com o seu credo religioso. Desrespeitando totalmente os princípios constitucionais presentes na Constituição de 1988, Crivella encontrou em Bolsonaro um apoio de peso para fazer valer e implementar na capital carioca um Projeto de SUS totalmente submetido ao mercado.

Isso demonstra que os interesses de mercado estão presentes na cidade do Rio de Janeiro que parece um laboratório de experimentação dos interesses sórdidos de mercado; ou seja, dando certo aqui, poderão ampliar para o Brasil.

¹⁸⁸ Essas pesquisas podem ocorrer não só através de bolsas financiadas pelos Órgãos de Fomento à Pesquisa (CAPES; FAPERJ, CNPQ, dentre outros), como podem ser facilitadas com protocolos mais democráticos de liberação do Servidor Público de seu espaço de trabalho para formação permanente.

¹⁸⁹ Este é o meu caso específico. Desisti de pleitear a liberação para me licenciar porque não poderia acumular a Bolsa da CAPES com meus rendimentos enquanto Servidora Pública. Outro dificultador refere-se ao calvário que enfrentamos nos Comitês de Ética, porque vivenciamos o quão desgastante é enfrentar esses espaços burocráticos. Tive uma árdua caminhada até conseguir a aprovação do COEP/UERJ, em novembro de 2019, para depois ser barrada por pendências injustificáveis no CEP/SMS/PCRJ, no fim de dezembro de 2019.

Como afirma BRAZ (2019), o momento é duríssimo, porém, para uma análise totalizante, ela não pode ficar restrita a Crivella e/ou Bolsonaro; precisamos sim, buscar fundamentos na crise iniciada em 2016, onde tivemos o Golpe que tirou a ex-presidenta Dilma Rousseff da Presidência da República, como uma estratégia da classe dominante para implantar um regime de austeridade econômica radical¹⁹⁰ e sem nenhum compromisso com os direitos sociais conquistados.

Para concluirmos, precisamos apontar que no contexto de desmonte do SUS, os cuidados em saúde vêm sendo ofertados de forma incompleta, residual e sem respeitar os princípios do SUS; o atendimento à população segue numa lógica gerencialista e que está colocando em risco os cuidados em saúde e o conceito de saúde ampliada que são fundamentais na atenção primária de saúde como porta de entrada do SUS. Diante disso, é visível a dificuldade dos usuários em acessar os principais serviços de saúde especializados pela via do SISREG.

Atuar em defesa do SUS continua sendo um desafio para as equipes profissionais que têm o primeiro contato com o usuário (acessibilidade), que devem estar atento às premissas básicas da atenção primária (longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados em saúde) e, dentre esses profissionais, está o assistente social atuando na contradição entre o legal e o real, ou seja, atuando na luta de classes (VASCONCELOS, 2015).

Nesses desafios apontados, importa entender e defender a permanência do assistente social, como está inserido no espaço sócio institucional da saúde, e apontar que as ações do assistente social na regulação são indispensáveis.

Por fim, cabe apontar que finalizar esse estudo trouxe imensos desafios, principalmente relacionados ao processo de reflexão e elaboração da escrita coincidir com os enfrentamentos profissionais enquanto trabalhadora da área de saúde e por estar atuando na linha de frente da Pandemia da Covid-19, o que resultou em cansaço físico, emocional e um limite que não dá para ser explicado em palavras.

Estar com dados tão ricos sobre o processo de desassistencialização criminoso que está em curso no Rio de Janeiro, onde a falta de RAS, Infra Estrutura para trabalhar com segurança, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de vagas em UTI,

¹⁹⁰ Em consonância com a PEC 55, aprovada na Gestão pós golpe de Michel Temer. Que teve como propósito congelar os investimentos públicos por 20 anos, a consequência vem sendo trágica para as políticas sociais da Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social) e Educação.

é estarrecedor. Pior é saber que em não havendo mudanças, o colapso do sistema de saúde está perto, com a possibilidade de enfrentarmos um quadro sério de desassistência geral por causa da Covid-19.¹⁹¹

Esta situação está sendo decisiva para a taxa média de óbitos ser a maior do Brasil; um estudo realizado pela FIOCRUZ (2020) apontou que no Rio de Janeiro, a taxa de letalidade é a mais alta do mundo. Com 10,7% em agosto de 2020¹⁹², no mesmo período, essa taxa de letalidade no Brasil estava em 3,7%. Desta forma, além dos desafios e limites apontados, finalizar esta dissertação¹⁹³ trouxe nesse fim muitas inquietações, considerando a implicação com o objeto de estudo na condição de assistente social, que tem no seu cotidiano profissional interface com a reprodução social da vida.

Na condição de defensora do SUS, a partir dos preceitos da Reforma Sanitária, ressalto que esse estudo me recoloca diante dos desafios da área de saúde, com novos conhecimentos e fortalecida para os enfrentamentos presentes no cotidiano profissional.

¹⁹¹ Conforme notícias que vem sendo divulgadas pela imprensa e pesquisadores da FIOCRUZ que estão alertando através de nota técnica que a rede de Saúde Pública da capital já está em colapso, com dados que vem sendo disponibilizados pela própria Central de Regulação Estadual (CER), O mais perverso é que o governador em exercício Claudio Castro afirmou *que a fila [para UTI] não é tão grande quanto parece*. Fonte: <https://blogdoberta.com> . Acesso em 06/12/2020

¹⁹² Segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde (SES) Somatório de óbitos no Rio de Janeiro atualizado em 03/12/2020 – 22.891.

¹⁹³ Aqui preciso ressaltar que a finalização desse estudo só foi possível pelo imenso apoio que tive da minha Orientadora - Dr^a Ana Maria de Vasconcelos, de uma forma tão carinhosa, competente e com extrema sensibilidade ela acreditou mais em mim do que eu mesma, pude de fato ver nela o quanto é professora e condutora de sonhos e projetos. Foi capaz de lapidar pedra bruta. Aprendizados e gratidão por uma vida toda. Conseguiu não deixar morrer a pesquisadora que existe dentro de mim!

REFERÊNCIAS

- ABRAMOV, Oleg. **Atenção Hospitalar e Regionalização no SUS/MG:** características, dilemas e sugestões. 1. ed. – Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: **PROJETO balanço e perspectivas do federalismo fiscal no Brasil**. São Paulo: FUNDAR, v.6, 1994.
- ALVES, Maria Barbosa. **Regulação da saúde no estado do Pará:** um estudo na região metropolitana de Belém. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2019.
- ALVES, Maria Helena M. **Estado e Oposição no Brasil (1964-1984)**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1984.
- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Considerações iniciais para o exame do processo de trabalho Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 52, p.24-47, 1996.
- ANDRADE, Bárbara Bulhões Lopes de. **Unidade de Pronto Atendimento:** Olhares do usuário à produção do cuidado. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2019.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Sousa. **Avanços da contrarreforma na saúde intensificadas a partir do governo ilegítimo do Temer**. Anais do 7º Encontro Internacional de Política Social e do 14º Encontro Nacional de Política Social. Vitória, junho de 2019.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2000
- AFFONSO, R. A crise da Federação no Brasil. **Ensaio FEE**, n.15 (2), p. 321-337, 1993.
- ARRETCHE, Marta. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.11, n.31, 1996.
- ARRETCHE, Marta T. S. O sistema de proteção social brasileiro: em direção a um modelo descentralizado. In: AFONSO, Rui de Brito; SILVA, Pedro Luiz B. (org.). **Descentralização e Políticas Sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- AVRITZER, Leonardo. **Política e antipolítica :** a crise do governo Bolsonaro. São Paulo: Ed. Todavia, 2020.
- BARROCO, M. L. **Ética e Sociedade**. Curso de capacitação Ética para agentes multiplicadores. 2. ed. Brasília: CFESS, 2004.

BARCELOS, CHRISTOVAM. **Dados Covid-19**. Disponível em: Portal ICICT/FIOCRUZ – Acesso em: 21 nov. 2020.

BATISTA, P. N. O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. In: BATISTA, P. N. [et al.]. **Em defesa do interesse nacional: desinformação e alienação do patrimônio público**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

BATISTA, Carolina Siqueira Dantas Guedes. **Ações de enfermagem do serviço de orientação de alta do Hospital Estadual do Rio de Janeiro: estudo de caso**. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2013.

BEHRING, Elaine Rosseti. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, Elaine Rosseti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório. **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. 2.ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

BORON, Atílio. **Filosofia Política Marxista**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: 1995.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 218, de 06/03/1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei n. 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.182, 20 set. 2005. Seção 1, fl.1.

BRASIL. Regulação em Saúde. **CONASS. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Brasília, volume 10, 2007.

BRASIL. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes**

gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasil, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Regulação**. Portaria GM 1.159 agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As políticas brasileiras de seguridade social**. In: Cadernos CIAD UNB, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Breve Histórico da Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as diversas crises vivenciadas no setor**. In: Cadernos Metropolitanos – 5º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro: plano regional – reorganizando o SUS. Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro** – Cadernos Metropolitanos – 4º Seminário da Região Metropolitana I. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara, A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. ial e Saúde. Formação e Trabalho Profissional. 4ª edição – São Paulo, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Soc BRAVO, M. I.; MENEZES, J. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, M. I et al. (Org.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Faculdade de Serviço Social, UERJ, 2007. p.13-20.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4ª edição - São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Souza e MONNERAT, Gisele Lavinas (organizadoras). **Saúde e Serviço Social**. 5.ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio históricos. 1.ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum**, Vitória, v. 10, nº 1, p.

9-23, 2018.

BUENO, Wanderlei Silva & MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? In: *Conferência Nacional de Saúde online*, 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia e BRANDÃO, Ana Laura. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro**: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (5): 1351-1364, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1351.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2019

CASA FLUMINENSE. Disponível em : <casafluminense.org.br>

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 795-811, 2002.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Trabalho em saúde**: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.477-506, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 out. 2020.

CECHINEL, Caroline. **Regulação Em Saúde**: Um Diálogo Com O Princípio Da Equidade, 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000701502> Acesso em: 31 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. **Revista em Pauta**, v.17, nº 43, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2019.42502>> Acesso em: 16 jun. 2019.

COGGIOLA, Osvaldo (org). **Marx e Engels na História**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a**

Assistente Social. Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Pesquisa Assistentes Sociais no Brasil.** 2005. Disponível em:
<<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#:~:text=O%20estudo%20confirma%20a%20tend%C3%Aancia,%C3%A1reas%20que%20mais%20empregam%20profissionais>>

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília: 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Disponível em:
<<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/memoria>>. Acesso em 06 dez. 2020.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O Elo Invisível dos Processos de Trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal (RN).** Um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90. Centro de Ciências Sociais e Aplicadas/UFP, 1998.

COSTA Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 35-72, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política.** São Paulo: Cortez, 1994.

COUTINHO, Carlos Nelson. **De Rousseau a Gramsci.** São Paulo: Boitempo, 2011.

COUTINHO, Luciano. Notas sobre a natureza da Globalização. **Economia e Sociedade**, Campinas, junho de 1995.

DEFENSORIA PÚBLICA; MINISTÉRIO PÚBLICO. **Ação Civil Pública nº 0298494.15.2017-8190001.** 2020.

DOIMO, Maria. **A Voz e a Vez do Popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70.** Rio de Janeiro: ANPOCS, 1995.

ENGELS, Friedrich & MARX, Karl. Manifesto do Partido Comunista (1848). In: GRUPPI, Luciano. **Tudo Começou com Maquiável:** as concepções de Estado em Marx, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM, 1985.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, 2009.

FOLHA DE SÃO PAULO. COLLUCCI, Claudia; CANCIAN, Natália. **E agora, Brasil? Saúde** – País envelhece, sofre com gargalos e experimenta retrocesso na saúde. Matéria publicada em 25/08/2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) e CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

(CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.42 n. spe1, p. 434-451, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500434&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2020.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO. Disponível em <www.contraprivatizacao.com.br>. Acesso em: 12 nov. de 2020

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Ed. Atlas,1999.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Ed. Atlas,2002.

GIOVANELLA, Lígia, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3. p. 783-794, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 22 jul. 2020.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à saúde. In:GIOVANELLA, Lígia, et al (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2012.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 5-34, 2000.

GUERRA, Yolanda. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 91, p. 5-33, 2007.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 03: O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 1999, p. 53-78.

HARZHEIM, Erno. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** –Avaliação dos primeiros três anos de clínica da família, organizado por HARZHEIM, Erno, 2013. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro> reforma aps rj . Acesso em: 16 fev.2019.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

HORTALLE, Virgínia Alonso. O conceito de descentralização aplicado nos serviços de

saúde: dimensões, padrões e regularidades. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, jun. 1997.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro, 2010

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no Capitalismo. **Revista Temporalis**, n. 3, p.9-32, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 17. ed. São Paulo: Celats/Cortez, 2005

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: Curso de Especialização em Serviço Social. Direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

JÚNIOR, Francisco Batista. **Gestão do SUS: O que fazer?** Cadernos de Saúde, Setembro de 2011. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

KNIESS, Rosiane. **Assistência Oncológica de alta complexidade na macrorregião de Florianópolis**: avaliação da regulação do acesso. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.

KONDER, Leandro. **A derrota da dialética**: a recepção das ideias de Marx no Brasil, até o começo dos anos trinta. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5), 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5a06.pdf>> Acesso em: 15 out. 2020

LAURELL, Asa. **Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo**. In: LAURELL, Asa (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.

LIGA DE SAÚDE COLETIVA - **Live Encontro em defesa do SUS** – “O que falta para ter o SUS que desejamos?”, com Lígia Bahia e Maria Inês Souza Bravo, promovida pelo LASC-USP. Acesso em: <<https://youtu.be/NvpS4jp8rz8>>

LIMA, Joseane Barbosa de. **A privatização da saúde por meio das Organizações Sociais: a experiência do Rio de Janeiro**. 2017. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

LIMA, Joseane Barbosa de. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais. **Argum**, Vitória, v.10, n. 1, p. 88-101, 2018.

LIMA, Márcia Rosa de. **A Regulação como meio para dar efetividade ao direito fundamental de proteção e promoção da saúde**. 2013. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Rio de Grande do Sul, 2013.

LOBO, Thereza Larque. **Políticas sociais no Brasil: descentralização para mais eficiência e equidade**. In: VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C, KOOP, 1995.

LOUZADA, Laila Oliveira. **Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

LUCCHESI, P. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995**. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília: IPEA, v.14, dez, 1996.

LUKÁCS, Georg. **Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Ciências humanas, 1979.

LUPA, Agência. Acesso em: <piaui.folha.uol.com.br>

MACÊDO, Dayana Valério Coimbra de. **Um estudo sobre o acesso dos usuários da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ aos serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

MAGALHÃES JUNIOR. Helvécio Miranda. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MAIA, Marlúcia Reis. **Caminhos da Integralidade: dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Piraí – RJ**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital: os fatos e a sua interpretação marxista**. São Paulo/ Campinas: Ensaio/Unicamp, 1990.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política, v.1 e v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. **Cadernos de Paris & Manuscritos Econômicos Filosóficos de 1844**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 74, p. 85-115, 2003.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social Ética e Saúde reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MELO, Rutineia Jacob de. Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. In: GARCIA, M.L.; LEAL, F.X. (Org). **Análise de Políticas Públicas**: temas, agenda, processos e produtos. São Paulo: Comunicação, 2012.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2019, v.24, n.12, pp.4593-4598. Epub 25-Nov-2019. ISSN 1678- 4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>>

MENDES, Eugênio Villaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**, 1993.

MENDES, Eugênio Villaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Villaça (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MENDES, Eugênio Villaça. (Org.). **Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MENDES, H. W. B.; ALMEIDA, E. S. Regionalização da Assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva dos gestores. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 1., Jan-mar 2005.

MENDONÇA, André Luis Oliveira; CAMARGO Jr, Kenneth Rochel. Complexo médico-industrial/ financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balanço. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, v. 1, p. 215-238, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a12.pdf>> .

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MÉSZÁROS, István. **O Conceito de Dialética em Lukács**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MILLS, A. Decentralization concepts and issues: a review. In: MILLS, A. *et al*, orgs. **Health system decentralization**: concepts, issues and country experience. Geneva: World Health Organization, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 21. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos (organizadoras). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE /DATASUS. **Manual do Administrador – SISREG III**, Brasília, 2008 – acesso online em 04/02/2019.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, 2005, v.21, n.3, p.898-906.

MORATO, Márcia Gasparini Canuto. **Análise de estratégia para aplicação de sistema eletrônica referência e contrarreferência nos serviços de saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2013.

MORGAN. David L. **Focus Groups as qualitative research**. Beverly Hills: SAGE Publications, 1996.

MOTA LIMA, Márcio Roney; SALES DA SILVA, Maria Verônica; CLARES BEZERRA, Jorge Wilker; VENDAS DA SILVA, Lucilane Maria; MATOS DOURADO, Hanna Helen; ARAÚJO SILVA, Asna. Construção em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE** [en linea] 2013: Disponível em: <<http://www.redaly.org/articulo.oa?id=3240279885004>> . Acesso em: 19 fev. 2019

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 50, abr.1996.

MOTA, Ana Elisabete ; AMARAL, Angela Santana. O trabalho do assistente social nas empresas capitalistas. In: **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NENHUM SERVIÇO DE SAÚDE A MENOS – Página FACEBOOK., acesso em:
<www.facebook.com>

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3. ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a Propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, n. 3, p. 41-50, 2001.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca Básica de Serviço Social, n. 1).

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método da teoria social**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. (Org.). **O leitor de Marx**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In : MARX, Karl. **Cadernos de Paris & Manuscritos Econômicos Filosóficos de 1844**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OCKÉ-REIS, C. **O SUS: o desafio de ser único**. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. SANTOS, N. R; AMARANTE, P.D.C (orgs). Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. **Trabalho e Saúde**: as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **(Im)previdência Social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, RJ : Vozes, 1985.

OLIVEIRA, Robson Rocha de. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, Carolina Alves. Saúde, Cidade e a Lógica do Capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Organizadoras Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de

Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2015.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva. **Ações integradas de saúde:** por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAINEL COVID-19 NO BRASIL. Disponível em:
<<https://www.susanalitico.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 dez. 2020

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A reforma do aparelho de Estado e a Constituição brasileira**. Brasília: Mare/Enap, 1995.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A Reforma Gerencial do Estado de 1995. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 4, pag 7- 26, 2000. Disponível em:
<bresserpereira.org.br/papers/2000/81refgerenc1995-ina.pdf>

PINTO, Luis Felipe; SORANS, Daniel; SCARDUA, Mariana Tomasi. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22 , n. 4, p. 1257-1267, 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO. **Instituída pela Portaria nº 1559**, 2008.

PORTAL EPSJV/FIOCRUZ – acesso em 20/06/2019; 19/11/2019; 21/11/2020.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretariasq1039-sas-raiz/drac-raiz/cgra/l1-cgra/14550-sisreg>>
Acesso em: 11 jun 2019.

PORTAL SISREG. **Regulação no SUS**. Disponível em: <<http://www.portalsisreg.epm.br>>. Acesso em: dez. 2018.

PORTAL de transparência. Disponível em: <smsrio.org/transparencia-prefeitura.rio/wb/sms>

PORTARIA GM/MS n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxista. **Revista Virtual Textos e Contextos, Rio Grande do Sul**, n. 2, p.1-8, dez. 2003.

PRÉDES, Rosa Lúcia. Serviço Social e políticas sociais: articulação histórica e necessária para compreender a profissão. In: PRÉDES, Rosa Lúcia (org). **Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas**. Maceió: UFAL, 2007, p.15 - 28.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria (orgs). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

RAMOS, André Luis Paes. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização**: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores. 2016. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

REVISTA TCMRJ. **Matéria de capa – TCMRJ** Questiona transparência do SISREG. nº 70, AnoXXXIV, Setembro 2018. Disponível em: <www.tcmrj.gov.br>. Acesso em: 02 maio 2019.

RIGOTTO, Raquel Maria. As Técnicas de Relatos Orais e o Estudo das Representações Sociais em Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 1998.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 5.026 de 19 de maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como OS's e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Carteira de Serviços**. Superintendência de Atenção Primária, 2014.

RIO DE JANEIRO. **SISREG – Protocolo para o regulador**. Subsecretaria de Atenção Primária/SUBPAV, 2014.

ROCHA, Angélica Pereira da. **Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro – RJ**: efeitos da inserção da APS na Regulação. 2015. Dissertação (Mestrado) – ENSP SérgioArouca, Rio de Janeiro, 2015.

ROLDOLSKY, Roman. **Gênese e estrutura de O Capital de Karl Marx**. Tradução de César Benjamim. Rio de Janeiro: EDUERJ, Contraponto, 2001.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 04 fev. 2019.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SÁNCHEZ VÁZQUES, Adolfo. **Filosofia da práxis**. Bueno Aires: CLACSO; São Paulo, Expressão Popular, 2007.

SANTOS, Claudia Mônica dos. **Na prática a teoria é outra?:** Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas do Serviço Social. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. Uma crítica aos atuais comitês de ética na pesquisa no Brasil. **Blog de História, Ciências, Saúde** – Manguinhos. Disponível em: < <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/uma-critica-aos-atuaiscomites-de-etica-na-pesquisa-no-brasil/>> . Acesso em: 14 set. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura do Rio de Janeiro. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura do Rio de Janeiro. 2017.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Relatório de Gestão 2016.** Ministério da Saúde: Brasília, 2017

SILVA, P. L. B. **Políticas sociais:** descentralização para mais eficiência e equidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil. São Paulo: FUNDAP/IESP, 1995.

SILVA, Mailton Alves. **Análise da percepção do usuário da central de regulação de consultas e exames.** 2012. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** São Paulo: Cortez, 2000 (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78).

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SOUZA, Édina Evelyn. **Poder local:** requalificação do processo democrático. Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

SOUZA FILHO, Rodrigo; GURGEL, Claudio. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica.** São Paulo: Cortez, 2016 (Coleção biblioteca básica de serviço social; v. 7).

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Sônia Fleury ; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TEIXEIRA, Adriano Lopes Almeida. **O lugar dos economistas clássicos na crítica da economia política de Marx: uma abordagem metodológica.** XI Congresso Brasileiro de História Econômica, Vitória, ES – UFES, 2015.

TELLES, Vera da Silva. Movimentos Sociais – reflexões sobre a experiência dos anos 70. In: SHERER-WARREN, Ilse ; KRISCHKE, Paulo. **Uma revolução no cotidiano? : Os novos movimentos sociais na América Latina.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

TRANSPARÊNCIA RIO SISREG. Disponível em: < www.rio.gov.br>. Acesso em 18 nov.2020

TRINDADE, Rosa Lucia Predes. Desvendando as determinações sócio históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Temporalis**, n. 4, p. 426-571, 2001.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G [et al.] (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2006 p.531-562.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/O Assistente Social Na Luta De Classes:** Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Filosofia da Práxis. 2º ed. Buenos Aires: **Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales** – Clacso: São Paulo: Expressão Popular: Brasil, 2011.

VIANNA, Cid Manso de Mello. **Estruturas do sistema de saúde:** do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312002000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. In: LESBAUPIN, Ivo (org.). **O desmonte da nação: Balanço do Governo FHC.** Petrópolis: Vozes, 1998

VIEIRA, Evaldo. **Democracia e política social.** São Paulo: Cortez, 1992.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZUI, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.640-647, out/dez 2012.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto. Regulação de acesso à assistência: conceitos e

desafios. **Comun. Ciênc. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 81-84, jan./mar. 2010.
Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21-1art10regulacao.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

APÊNDICE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SISREG na Atenção Primária de Saúde: Um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Neusa de Resende Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25681719.7.0000.5259

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.725.291

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil. O presente estudo tem como objeto de investigação o SISREG na Atenção Primária de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Partindo do pressuposto de que há pouco conhecimento sistematizado sobre a implantação e operacionalização do Sistema de Regulação em Saúde – SISREG sob a responsabilidade da atenção primária de saúde e da necessidade de verificar se este sistema de acesso e regulação de vagas vem contemplando as necessidades de saúde dos usuários do SUS, definiu-se como objetivo geral conhecer como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela atenção primária de saúde no período de 2012 a 2018. Para tanto, entende-se ser importante: 1. Apreender o processo de implantação do SISREG no Município do Rio de Janeiro; 2. Conhecer as diretrizes regulamentadoras do SUS e o sistema municipal que vem sendo implementado no Rio de Janeiro; 3. Verificar o montante de recursos financeiros que vem sendo destinados ao SISREG; 4. Identificar os mecanismos e os critérios de

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

CEP: 20.551-030

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.291

priorização por meio do SISREG para o agendamento/atendimento ao usuários do SUS; 5. Identificar se nos agendamentos existe alguma preocupação com o princípio da equidade; 6. Identificar se casos prioritários e urgentes tem tratamento diferenciado na Regulação; 7. Identificar as demandas dos usuários e o prazo de atendimento das solicitações via SISREG; 8. Identificar fluxos alternativos e enviesados ao acesso para as consultas e tratamentos especializados; 9. Identificar o número de ouvidorias sobre reclamações referentes ao SISREG; 10. Analisar o fluxo de responsabilidades dos responsáveis técnicos das unidades de atenção primárias de saúde; 11. Traçar um perfil dos operadores do SISREG, suas condições de trabalho e autonomia na operacionalização do sistema. Na condução da pesquisa, reportaremos ao método desenvolvido por Marx - o materialismo histórico e dialético, por entendermos que será fundamental para a compreensão dos processos inerentes à análise do objeto, assim partiremos da aparência, de aproximações sucessivas para desvelamento do movimento real e concreto, ou seja, para buscar alcançar a essência do objeto pesquisado. Definiuse ainda a combinação de entrevistas, observação participante e levantamento de materiais documentais e bibliográficos para a coleta de dados, será de cunho exploratório, utilizando-se de técnicas qualitativas para execução da investigação, a partir dos instrumentos de entrevista semiestruturada, observação participante e pesquisa documental.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Objetivo Primário:

Conhecer como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela atenção primária de saúde no período de 2012 a 2018.

Objetivo Secundário:

1. Apreender o processo de implantação do SISREG no Município do Rio de Janeiro; 2. Conhecer as diretrizes regulamentadoras do SUS e o

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.551-030

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.291

priorização por meio do SISREG para o agendamento/atendimento ao usuários do SUS; 5. Identificar se nos agendamentos existe alguma preocupação com o princípio da equidade; 6. Identificar se casos prioritários e urgentes tem tratamento diferenciado na Regulação; 7. Identificar as demandas dos usuários e o prazo de atendimento das solicitações via SISREG; 8. Identificar fluxos alternativos e enviesados ao acesso para as consultas e tratamentos especializados; 9. Identificar o número de ouvidorias sobre reclamações referentes ao SISREG; 10. Analisar o fluxo de responsabilidades dos responsáveis técnicos das unidades de atenção primárias de saúde; 11. Traçar um perfil dos operadores do SISREG, suas condições de trabalho e autonomia na operacionalização do sistema. Na condução da pesquisa, reportaremos ao método desenvolvido por Marx - o materialismo histórico e dialético, por entendermos que será fundamental para a compreensão dos processos inerentes à análise do objeto, assim partiremos da aparência, de aproximações sucessivas para desvelamento do movimento real e concreto, ou seja, para buscar alcançar a essência do objeto pesquisado. Definiuse ainda a combinação de entrevistas, observação participante e levantamento de materiais documentais e bibliográficos para a coleta de dados, será de cunho exploratório, utilizando-se de técnicas qualitativas para execução da investigação, a partir dos instrumentos de entrevista semiestruturada, observação participante e pesquisa documental.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Objetivo Primário:

Conhecer como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela atenção primária de saúde no período de 2012 a 2018.

Objetivo Secundário:

1. Apreender o processo de implantação do SISREG no Município do Rio de Janeiro; 2. Conhecer as diretrizes regulamentadoras do SUS e o

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.551-030

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.291

sistema municipal que vem sendo implementado no Rio de Janeiro; 3. Verificar o montante de recursos financeiros que vem sendo destinados ao SISREG; 4. Identificar os mecanismos e os critérios de priorização por meio do SISREG para o agendamento/atendimento ao usuários do SUS; 5. Identificar se nos agendamentos existe alguma preocupação com o princípio da equidade; 6. Identificar se casos prioritários e urgentes tem tratamento diferenciado na Regulação; 7. Identificar as demandas dos usuários e o prazo de atendimento das solicitações via SISREG; 8. Identificar fluxos alternativos e viesados ao acesso para as consultas e tratamentos especializados; 9. Identificar o número de ouvidorias sobre reclamações referentes ao SISREG; 10. Analisar o fluxo de responsabilidades dos responsáveis técnicos das unidades de atenção primárias de saúde; 11. Traçar um perfil dos operadores do SISREG, suas condições de trabalho e autonomia na operacionalização do sistema.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os participantes da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa, de cunho investigativo, que tem por objetivo conhecer como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela Atenção Primária de Saúde. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os usuários do SUS, gestores e/ou gerentes das unidades de saúde da atenção primária de saúde e com os profissionais que estão diretamente envolvidos com a operacionalização do SISREG, durante o processo de coleta de dados haverá combinação de entrevistas, observação participante e levantamento de materiais documentais e bibliográficos. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.551-030

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.291

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Atender recomendações
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Recomendações:

De acordo com a Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que deverá seguir os seguintes itens:

Alterar informações - Contado do Comitê de Ética em Pesquisa - Caso seja necessário você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE para esclarecimentos ou informações quanto a validade da pesquisa: Av. 28 de setembro, 77 térreo Vila Isabel – CEP 20551-030 - Tel: 21-2868.8253 – Email: cep-hupe@uerj.br.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.551-030

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.291

S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1284788.pdf	12/09/2019 22:40:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.plataformaBrasilrevisado.pdf	12/09/2019 22:38:44	Neusa de Resende Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia_cmszeferinotibaujunior.pdf	12/09/2019 13:16:06	Neusa de Resende Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia_cmsoc.pdf	12/09/2019 13:11:08	Neusa de Resende Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia_subpav.pdf	12/09/2019 13:09:34	Neusa de Resende Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_Neusa.pdf	04/04/2019 14:04:21	Neusa de Resende Pinto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/01/2019 10:12:47	Neusa de Resende Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

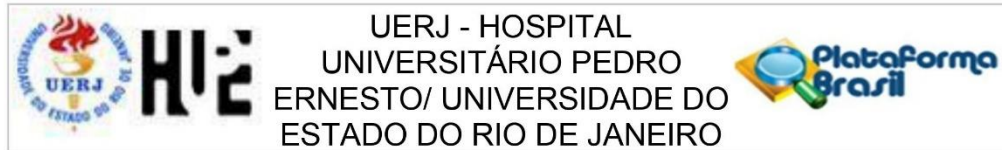
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.725.291

RIO DE JANEIRO, 26 de Novembro de 2019

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SISREG na Atenção Primária de Saúde: Um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Neusa de Resende Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25681719.7.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.787.249

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora relata no seu projeto de pesquisa:

O presente estudo tem como objeto de investigação o SISREG na Atenção Primária de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Partindo do pressuposto de que há pouco conhecimento sistematizado sobre a implantação e operacionalização do Sistema de Regulação em Saúde – SISREG sob a responsabilidade da atenção primária de saúde e da necessidade de verificar se este sistema de acesso e regulação de vagas vem

contemplando as necessidades de saúde dos usuários do SUS, definiu-se como objetivo geral conhecer como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela atenção primária de saúde no período de 2012 a 2018. Para tanto, entende-se ser importante: 1. Apreender o processo de implantação do SISREG no Município do Rio de Janeiro; 2. Conhecer as

diretrizes regulamentadoras do SUS e o sistema municipal que vem sendo implementado no Rio de Janeiro; 3. Verificar o montante de recursos financeiros que vem sendo destinados ao SISREG; 4. Identificar os mecanismos e os critérios de priorização por meio do SISREG para o agendamento/atendimento ao usuários do SUS; 5. Identificar se nos agendamentos existe alguma preocupação com o princípio da equidade; 6.

Identificar se casos prioritários e urgentes tem tratamento diferenciado na Regulação; 7. Identificar as demandas dos usuários e o prazo de atendimento das solicitações via SISREG; 8. Identificar

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

CEP: 20.031-040

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.787.249

fluxos alternativos e enviesados ao acesso para as consultas e tratamentos especializados; 9. Identificar o número de ouvidorias sobre reclamações referentes ao SISREG; 10. Analisar o fluxo de responsabilidades dos responsáveis técnicos das unidades de atenção primárias de saúde; 11. Traçar um perfil dos operadores do SISREG, suas condições de trabalho e autonomia na operacionalização do sistema. Na condução da pesquisa, reportaremos ao método desenvolvido por Marx - o materialismo histórico e dialético, por entendermos que será fundamental para a compreensão dos processos inerentes à análise do objeto, assim partiremos da aparência, de aproximações sucessivas para desvelamento do movimento real e concreto, ou seja, para buscar alcançar a essência do objeto pesquisado. Definiuse ainda a combinação de entrevistas, observação participante e levantamento de materiais documentais e bibliográficos para a coleta de dados, será de cunho exploratório, utilizando-se de técnicas qualitativas para execução da investigação, a partir dos instrumentos de entrevista semiestruturada, observação participante e pesquisa documental.

Metodologia Proposta:

Considerando que a metodologia faz parte de um processo complexo, faz se necessário avaliar com rigor a adequação entre o objeto de estudo e o marco teórico que o recorta, assim a metodologia adotada nesta proposta "inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador" (Minayo, 1999:16), a determinação dos critérios para a construção de estratégias, instrumentos e procedimentos são fundamentais. Por entender que a triangulação de métodos pode ser uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas, utilizaremos a combinação da triangulação durante o processo de investigação do objeto. O estudo será de cunho qualitativo, por possibilitar que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos sejam evidenciados ao pesquisador, refletindo "o caráter histórico e específico das relações sociais" (MINAYO, 1996, p 113), de forma que se torna possível conhecer como as determinações sociais, políticas e institucionais atravessam os sujeitos da pesquisa, principalmente para desvendar as dificuldades encontradas para acessar o SUS. No que diz respeito à estratégia institucional adotada para realização do estudo, foi definida uma estratégia participante como metodologia de desenvolvimento da pesquisa. A escolha por esta estratégia institucional tem relação com a inserção profissional da autora em uma equipe do Centro Municipal de Saúde

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.031-040

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.787.249

Oswaldo Cruz, fato que também determina o interesse pela temática. Dessa forma, os atores sociais que compõe o estudo são os usuário/as do SUS, gestores e/ou gerentes de unidades de saúde e profissionais que atuam diretamente na operacionalização do SISREG, os quais são os informantes, e a pesquisadora, que se insere de forma sistemática e cotidiana numa das unidades

em estudo. Serão utilizados dois tipos de fontes de dados, primária e secundária. No que diz respeito aos dados primários serão usada combinação de técnicas de coleta. A primeira será a de observação participante ou ativa, a qual ocorrerá a partir da própria inserção da pesquisadora no serviço e em eventos estratégicos para a presente pesquisa. A observação participante se desdobra na produção, da segunda fonte primária, o diário de campo da pesquisa, que funciona como forma de registro e constitui-se como uma importante fonte de dados primários sobre o porta de entrada das unidades de saúde, possibilitando uma descrição mais detalhada e ativa desse processo, tanto da unidade na qual a autora se insere, quanto de outras unidades de saúde através dos encontros em reuniões intersetoriais e outros espaços coletivos. A escolha destas técnicas de coleta de dados dentro do contexto desta pesquisa gera a necessidade da definição de análise com ênfase qualitativa do processo de observação, pois se entende que o estudo da “dimensão cultural, social, psicológica e simbólica dos fenômenos” (VASCONCELOS, 2001, p. 219) é parte integrante de uma pesquisa qualitativa e condição intrínseca para alcançar os objetivos apresentados. A terceira técnica de coleta será a entrevista semiestruturada (MINAYO, 1996) realizada com os atores-chave da pesquisa (gestores; reguladores do SISREG e usuários do SUS). O projeto será realizado nas Unidades de Saúde de atenção primária de saúde, localizadas na Coordenação de Área Programática CAP 1.0 do Município do Rio de Janeiro.

Metodologia de Análise de Dados:

Para a análise dos dados pretendemos utilizar a análise temática de acordo com o proposto por Minayo (2013), abordando o tema, podendo este ser representado por uma palavra, frase ou resumo acerca de determinado assunto. Sua operacionalização ocorrerá através de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Outro método em estudo é o de análise de conteúdo (BARDIN, 2004) para apreciação do material coletado durante a fase de campo da pesquisa.

Critério de Inclusão:

Unidade de atenção básica tipo B localizadas no território da Coordenadoria da Área Programática

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.787.249

1.0 - CAP 1.0.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Conhecer como vem sendo implementado e operacionalizado o SISREG no município do Rio de Janeiro, em especial, sua operacionalização pela atenção primária de saúde no período de 2012 a 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apreender o processo de implantação do SISREG no Município do Rio de Janeiro;
- Conhecer as diretrizes regulamentadoras do SUS e o sistema municipal que vem sendo implementado no Rio de Janeiro;
- Verificar o montante de recursos financeiros que vem sendo destinados ao SISREG;
- Identificar os mecanismos e os critérios de priorização por meio do SISREG para o agendamento/ atendimento aos usuários do SUS;
- Identificar se nos agendamentos existe alguma preocupação com o princípio da equidade;
- Identificar se casos prioritários e urgentes tem tratamento diferenciado na regulação;
- Identificar as demandas dos usuários e o prazo de atendimento das solicitações via SISREG;
- Identificar fluxos alternativos e viesados ao acesso para as consultas e tratamentos especializados;
- Identificar o número de ouvidorias sobre reclamações referentes ao SISREG;
- Analisar o fluxo das responsabilidades dos responsáveis técnicos das unidades de atenção primária de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar desta pesquisa não implicar em procedimentos invasivos, com uso de medicações e vacinas, por exemplo, os riscos existentes, no entanto, são diminutos, se garantido que não haverá danos irreversíveis aos entrevistados.

Benefícios:

Não é possível dimensionar se existirão benefícios diretos para o entrevistado, mas a pretensão dessa pesquisa é contribuir na construção de um processo crítico-reflexivo sobre a resolutividade do SISREG na porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.787.249

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Centro Sociais da Faculdade de Serviço Social, que será feita no CMS Oswaldo Cruz e no CMS Ernesto Zeferino Tibau Junior. Pesquisa relevante, que visa conhecer como está sendo compreendido a implantação e operacionalizado o SISREG, no Município do Rio de Janeiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos de apresentação obrigatória exceto os que serão solicitados no itens das pendências.

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1- Apresentar o Termo de Autorização Institucional do Centro Municipal de Saúde José Messias do Carmo;
- 2- Apresentar TCLE dirigido aos usuários com linguagem compreensível;
- 3- Incluir logotipo da SMS-RJ no TCLE bem como os dados deste CEP/SMS-RJ (telefone, endereço e e-mail);
- 4- Apresentar Declaração negativa de custos;
- 5- Apresentar Termo de Autorização Institucional da Subsecretaria de Regulação, Controle, Avaliação, Contratualização e Auditoria.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que seja anexado um arquivo em resposta às pendências/ inadequações em formato *.doc ou *.pdf especificando as modificações que foram realizadas, elencadas e respondidas de forma ordenada, conforme o parecer consubstanciado recebido. Os novos documentos apresentados devem conter as alterações destacadas (grifadas). O pesquisador responsável terá o prazo de trinta (30) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atender às pendências/ inadequações solicitadas (Norma Operacional nº 001/2013).

Após o encaminhamento das pendências/inadequações, via Plataforma Brasil, o projeto de pesquisa deverá ser submetido a uma nova avaliação por este Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ).

Caso tenha dúvidas sobre o explicitado, o relator está disponível para esclarecimentos.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

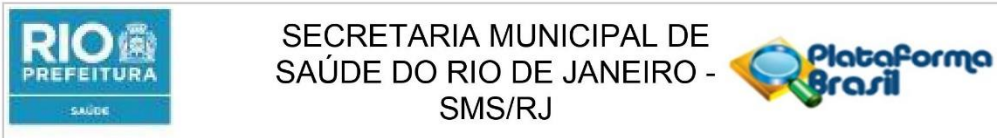
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.787.249

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.plataformaBrasil.revisado.pdf	12/09/2019 22:38:44	Neusa de Resende Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_Neusa.pdf	04/04/2019 14:04:21	Neusa de Resende Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br