

Notas sobre Regulação na Saúde e Serviço Social*

*Neusa de Resende Pinto
Ana Maria de Vasconcelos*

Introdução

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

Inúmeros relatos e fatos revelam o martírio vivenciado por diferentes segmentos da classe trabalhadora¹ e profissionais da Rede de Atenção à Saúde, não somente do município do Rio de Janeiro. Isso já acontecia, bem antes do Brasil, assim como o mundo, ser atingido pela Pandemia do Covid-19 que vem causando milhares de mortes no Brasil e no mundo.

No contexto da pandemia, se para parte dos brasileiros (principalmente os segmentos pobres/miseráveis) vem restando a morte diante do “colapso” do SUS (hospitais sem oxigênio, doentes transitando pelos céus em busca de vagas de UTI²), para outra parte expressiva no país que é o campeão de exportação de alimentos no mundo resta a fome³, a privação de outras necessidades essenciais e a conseqüente exposição ao vírus em busca da sobrevivência no dia a dia. Aqui, estamos nos referindo a mais de 100 mil brasileiros, como indica a mídia e tantos intelectuais. Desse modo, além destes segmentos que são obrigados a utilizar ônibus, trens e metrô superlotados, temos o contingente de trabalhado-

* DOI – 10.29388/978-65-81417-38-3-0-f.83-110

¹ Reconhecendo a necessidade de estudos profundos e qualificados sobre o assunto, para os fins desse artigo, consideramos classe trabalhadora, operários, demais trabalhadores assalariados e trabalhadores considerados supérfluos para o capital (Ver: VASCONCELOS, 2015, Cap. 1).

² Para registro histórico, não podemos esquecer do dia 14 de abril de 2021, em Manaus. Depoimento de uma médica de uma UPA com 20 leitos, relata uma lotação de mais de 50 manauaras espalhados pelos corredores e, em meio a choro, gritos e desespero de familiares, pacientes e profissionais, a morte, naquele dia de caos na cidade, de 26 dos doentes somente naquela “unidade de saúde”.

³ “Insegurança alimentar atinge seis em cada 10 domicílios brasileiros, segundo estudo elaborado por universidades do Brasil e da Alemanha. No fim do ano passado, mais da metade da população não tinha acesso garantido à comida”. Disponível em: www.correiobraziliense.com.br. Acesso em: 14 abr. 2021.

res e trabalhadoras obrigados a desafiar o vírus diariamente, nas mesmas condições de mobilidade, para dar conta da continuidade dos “serviços essenciais”; se algumas atividades são realmente essenciais para assegurar a vida, como as da área da saúde, assistência social e comércio de alimentos, temos aquelas consideradas essenciais somente para sustentar os lucros dos diferentes segmentos que detêm o poder econômico-financeiro e político.

A pandemia, não por acaso, teve início nas camadas mais abastadas da sociedade brasileira, em momento de retorno de férias na Europa e países do continente asiático. Em curto espaço de tempo, o vírus passou a circular de forma comunitária, sendo a condição de classe um fator determinante no adoecimento/morte⁴, tornando-se, no Brasil, progressivamente, mais fatal para a classe trabalhadora. Observe-se o alto índice de adoecimento e morte entre trabalhadores da Petrobrás.⁵ Na Europa, por exemplo, a mortalidade aconteceu prioritariamente entre a população idosa⁶.

Se o que dirigiu o curso da pandemia na Europa foi a estrutura etária e doenças crônicas, no Brasil, foram as desigualdades sociais. Na pandemia, são os mais pobres que mais adoecem e morrem no Brasil porque é o segmento da população mais exposta ao vírus, seja porque já contava com menos recursos para garantir todo tipo de assistência, seja porque esteve ou está desempregado, subempregado, submetido ao trabalho informal, à fome e apartada das condições não só do acesso, mas na continuidade de um Auxílio Emergencial digno. Para agravar esse quadro endêmico, no mínimo desde 2015, o caos na economia, em meio a recordes de produção do agronegócio, resulta no aumento do preço dos alimentos ampliando ainda mais os segmentos de trabalhadores atingidos pela fome⁷.

O ataque ao sistema previdenciário, anterior à pandemia, as contrarreformas que atingiram as políticas sociais, principalmente as de saúde e assistência social, o desemprego e a informalidade agravaram o complexo causal das desigualdades no país, o que resultou na total falta de condições dos trabalhadores e trabalhadoras realizarem o isolamento e o distanciamento social, ampliando, assim, o contágio, o adoecimento e os óbitos em taxas inaceitáveis⁸. Somado a isso, temos à frente do poder executivo um Presidente

⁴ A primeira morte no estado do Rio de Janeiro, em março de 2020, foi a de uma trabalhadora doméstica, moradora da Baixada Fluminense, que trabalhava na residência de um casal que estavam infectados, após retornarem de férias na Europa.

⁵ Ver em: www.fup.org.br Acesso em: 15 jun. 2021.

⁶ Como exposto em artigo de Adriano Massuda, et al. Desigualdades socioeconômicas afetaram mais o curso da pandemia no Brasil do que fatores de risco para a Covid-19. Disponível em www.impacto.blog.br. Acesso em: 16 abr. 2021.

⁷ “Preço dos alimentos leva o consumo de carne a declinar em mais de 40%. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=neVYqYoFyc0>Entrevista. Acesso em: 14 abr. 2021.

⁸ No dia 14.05.2021, o Brasil ultrapassou 430 mil mortes por Covid-19, permanecendo em um patamar que vem ultrapassando 2100 mortes nas últimas vinte quatro horas. De março de 2020,

da República que, como mostram os diferentes tipos de mídia, é negacionista e minimizador da pandemia, debocha das mortes, estimula aglomerações, critica o isolamento social e sai às ruas sem máscara, sabotagem a testagem, a produção de vacinas no país e a vacinação, faz propaganda de medicamentos incentivando um “tratamento precoce” não reconhecido cientificamente, além de não socorrer a população brasileira, o que está expresso no miserável Auxílio Emergencial de menos de 30 dólares por pessoa, sendo que, na grande parte dos países do mundo, esse auxílio ultrapassa 1000 dólares e no abandono total das pequenas empresas e da agricultura familiar que produz 75% dos alimentos consumidos pelos brasileiros, como mostram estudos nacionais e internacionais. Como resultado, temos o Brasil transformado em um grande cemitério, visto que permanecemos, diante de pequenos e eventuais recursos, em curva ascendente de contaminação e mortes, em meio a ausência de testagem e ritmo lentíssimo na vacinação⁹. Realidade que nos remeteu ao extermínio de mais de 600 mil brasileiros e brasileiras, em um ano de pandemia e, o mais grave, levando o Brasil a ser ridicularizado, temido e isolado no mundo todo. Desse modo, diante de prognósticos alarmantes do número de mortes, o presidente vem sendo responsabilizado pelas mortes no exterior e no próprio país, como revelado pela abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito pelo Senado, em abril de 2021, a CPI da Covid¹⁰.

Diante disso é que se torna relevante, não só tendo em vista o momento atual, mas o futuro, resgatar historicamente o movimento e o caráter de um sistema de regulação na saúde – o SISREG (Sistema de Regulação de Vagas); um sistema que tendo como objetivo focalizado na política facilitar o acesso a serviços e ações de saúde, pelo contrário, vem complexificando e tornando obscuro o processo, ao confundir trabalhadores/usuários e

até os dias atuais, temos a seguinte evolução das mortes: de 1 a 100 mil mortes: 144 dias; de 100 a 200 mil: 152 dias; de 200 a 300 mil: 76 dias; de 300 a 400 mil: 36 dias. Assim, o país torna-se “[...] o segundo país do mundo com população acima de 20 milhões de habitantes com mais mortes por covid-19 por milhão, o chamado coeficiente de mortalidade ou simplesmente mortalidade”. Número de mortes por covid-19 no Brasil chega a 434,8 mil. Disponível em: [https://globo.com/Brasil/Valor-Economico\(globo.com\)](https://globo.com/Brasil/Valor-Economico/globo.com). Acesso em: 15 maio 2021. Esse é o quadro que nos levou, em 16 de março de 2022, a ultrapassar 655 mil mortes de brasileiros e brasileiras, com 29.478.039 casos confirmados. Disponível em <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em 16 mar de 2022.

⁹ Em meio ao caos bolsonariano, o espetáculo das vacinas/vacinação é um capítulo à parte. Segundo dados divulgados pelo Consórcio de veículos de imprensa a partir de dados das Secretarias Estaduais de Saúde atualizado em 09/05/2021 aponta que 35.327.845 brasileiros e brasileiras tomaram a primeira dose, este número representa apenas 16,68% da população brasileira, e 17.744.038 tomaram a segunda dose, o que representa somente 8,38% de imunização completa. Ver: Balanço da vacinação contra Covid-19. Disponível em: <https://g1.globo.com> Acesso em 09 de maio 2021.

¹⁰ Ver: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid>. Acesso em: 13 abr. 2021.

profissionais, burocratizar o acesso, retardar e/ou atravancar procedimentos e ações, impor escolhas antiéticas, inserindo, desse modo, mais obstáculos à transformação do SUS legal em SUS real. É isso que podemos apreender no município do Rio de Janeiro que, com as longas filas do SISREG e a não continuidade do tratamento em tempo hábil na RAS (Rede de Atenção à Saúde) de referência, obriga os trabalhadores(as) cariocas, usuários do SUS/RJ, a retornarem às unidades de saúde da sua área programática com problemas de saúde agravados, situação que não só compromete a integralidade do cuidado, colocando vidas em risco, mas também resultando em morte.

Na primeira parte do Capítulo, que tem como base Pinto (2021)¹¹, apresentamos o SISREG como porta de entrada no SUS na capital carioca, sua implementação e operacionalização num período que coincide com a ampliação da Atenção Primária de Saúde pela via da terceirização através das OS, destacando notas sobre as gestões Paes e Crivella. Na segunda parte, focalizamos na relevância desse debate para aos assistentes sociais no cotidiano da prática na saúde.

Marcos históricos da Regulação e o SISREG como porta de entrada do SUS no município do Rio de Janeiro.

Com a Constituição Federal de 1988¹², ao final de uma década de crise¹³ e a posterior regulamentação do SUS pelas leis n. 8080/90 e n. 8142/90, institucionalizam-se as principais propostas do Movimento Sanitário, passando a Saúde, considerada como direito universal e dever do Estado, a ser organizada

¹¹ Este Capítulo contém estudos e reflexões da dissertação O SISREG na Atenção Primária de Saúde – Um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro, defendida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em dezembro de 2020, por Neusa de Resende Pinto.

¹² O texto constitucional aprovado, reconhecido como “Constituição cidadã”, refletindo uma disputa de projetos antagônicos, possibilitou ao mesmo tempo a garantia de direitos sociais, humanos e políticos e a manutenção de interesses privados. Assim, temos uma Constituição Federal como base das políticas sociais e garantias individuais que, no contexto de correlações de forças desfavoráveis ao trabalho, ao mesmo tempo que mantém e amplia o que favorece os processos de acumulação de riqueza, propriedade e renda, vem sendo desmontada com relação a tudo que favorece os trabalhadores. Basta comparar o documento aprovado em 1988 e o que restou dele na Constituição vigente em 2021, com todas as suas revogações e Emendas Constitucionais. Para conferir atualizações, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/compilado.htm Acesso em: 09 maio 2021.

¹³ A década de 1980, considerada como década perdida por conta da crise econômica que provocou baixo crescimento do PIB, estagnação econômica e acentuada inflação, teve como consequência profundas transformações no mundo do trabalho, o que atingiu radicalmente a classe trabalhadora, acarretando níveis altíssimos de desemprego e precarização das relações trabalhistas. Ver, dentre outras produções do autor, Antunes (2018).

por um Sistema Único, numa rede que, na legislação, congrega, de forma indissociável, o atendimento integral, hierarquizado, regionalizado, descentralizado, com participação da comunidade. A Lei 8.080/90 que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional estabelece os princípios e as diretrizes norteadores do SUS, os quais é sempre necessário lembrar e publicizar, no sentido de contribuir, não só para que eles permaneçam presentes na legislação como direito de todos, mas para que eles se transformem em objetivos a serem alcançados no cotidiano da prática na saúde¹⁴.

A participação do setor privado é considerada de forma complementar, ainda que sendo vedada a subvenção direta ao setor lucrativo, priorizando-se o setor filantrópico. Uma decisão que resultou em contradições insanáveis ao SUS. Como exemplo, temos o município do Rio de Janeiro que, desde 2008, optou pelo modelo assistencial de ampliação da Atenção Primária de Saúde (APS) gerenciada por Organizações Sociais em Saúde (OS), entidades de direito privado, sem fins lucrativos. Foi por essa via da terceirização que ocorreu uma expansão da cobertura estruturada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), priorizada na agenda dos governos de Eduardo Paes (2009-2012 /2013-2016)¹⁵.

Dentre tantos outros decorrentes de uma legislação contraditória e submetida ao movimento da histórica correlação de forças entre capital-

¹⁴ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: 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 a 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; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

¹⁵ Em 1994, com o incentivo do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (SF) começou a ser implantada em municípios de diferentes regiões do Brasil, objetivando a necessária mudança do modelo assistencial - centrado no Hospital/doença. No município do Rio de Janeiro, um dos últimos a incorporar esse modelo, a ampliação da cobertura, de 3,5% em 2008, passou para 70,63% em 2016. Fonte: Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2014-2017; 2018-2021)

trabalho¹⁶, este fato mostra que, apesar do SUS ter representado uma significativa conquista legal, não se pode perder de vista as enormes dificuldades e entraves para sua transformação em realidade, diante da “[...] herança histórico cultural de tratamento do Estado com relações de patrimonialismo, fisiologismo e privatização por grupos e corporações organizadas.” (JUNIOR, 2011, p. 36). Assim, temos financiamento e modelos de atenção em saúde que não efetivam os direitos garantidos constitucionalmente, uma realidade agravada pela adoção na década de 1990 do modelo neoliberal que direcionou o Estado para submissão total ao capital, em detrimento do trabalho, o que resultou na concentração exponencial da riqueza no Brasil – enquanto 19 milhões passam fome, a riqueza dos super ricos no Brasil cresce 71%¹⁷ -, com a conseqüente desigualdade expressa em políticas sociais de cunho pulverizado, parcializado, focalizado e privatizante.

Com as Normas Operacionais Básicas (NOB)¹⁸, foi introduzido o ter-Regulação no Sistema Único de Saúde (SUS), o que se deu em 2002, com a NOAS 01/02 (OLIVEIRA *et al.*, 2012). A Regulação passa, por lei, a se

¹⁶ A viabilização dos objetivos do SUS não se tornou possível e prioridade dos governos eleitos, após a Constituição de 1988, já que, a partir dos anos de 1990, ocorre a 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 público, o que favoreceu principalmente aqueles governos que, capturados pelos interesses do capital, não se mostraram interessados na garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1995). É no contexto do capitalismo neoliberal que o “Estado regulador” assume o papel de desregular direitos, uma vez que regular um processo de desregulamentação pode ser uma das faces da contrarreforma do Estado que vem reduzindo progressivamente direitos e garantias, não só os conquistados com a Constituição de 1988, mas direitos históricos da classe trabalhadora dizimados pela Reforma Trabalhista (2017), em nome da “modernização das relações de trabalho”, e pela Reforma da Previdência (2020), que resultou em mudanças radicais e nefastas para os trabalhadores, públicos e da iniciativa privada. Um cenário que colocando o Brasil, desde os anos de 1990, sob o capitalismo neoliberal, impingiu ao país e aos brasileiros “o mercado” - na realidade a burguesia econômico-financeira nacional e internacional -, como regulador das relações socioeconômicas, diluindo, em meio a tímidos avanços e incontroláveis recuos circunstanciais, a esfera pública, que representa o espaço da garantia de direitos universais – civis, políticos e sociais.

¹⁷ “Quem são os bilionários brasileiros que seguem na lista da Forbes apesar da pandemia. Enquanto 19 milhões passam fome, número de bilionários saltou de 45 para 65, com aumento de 71% na soma das riquezas. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/04/07/quem-sao-os-bilionarios-brasileiros-que-seguem-na-lista-da-forbes-apesar-da-pandemia>. Acesso em: 14 abr. 2021.

¹⁸ As NOB foram criadas com a finalidade de normatizar a implantação do SUS, definindo a relação entre os gestores, objetivos, estratégias, prioridades e repasses financeiros. São elas: a NOB 01/1991; NOB 02/1992; NOB 03/1993 e a NOB 04 /1996. Nos anos 2000, tivemos a criação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/2001 e NOAS/SUS 01/2002 (MENDES; ALMEIDA, (2005)

configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o SUS, desde a sua criação, relacionada que está à função do Estado de ofertar e ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde. Assim, a Regulação deveria possibilitar a concretização dos objetivos do SUS por meio da garantia do direito à saúde; do acesso com eficiência, da eficácia e efetividade da prestação das ações e serviços de saúde com qualidade e quantidade suficientes para dar respostas às necessidades de saúde da população, conforme previsto na legislação.

O SISREG, como parte da série de estratégias de regulação da política nacional de saúde, orienta a gestão do SUS, indicando ações e serviços de controle, avaliação e auditoria, incluindo o conceito de regulação e suas implicações para reorganização do modelo, visando o acesso aos serviços de saúde com equidade. Mas, a maioria dos 5570 municípios brasileiros não adotou a ferramenta objetivando modificar o conceito de “acesso” até então utilizado (OLIVEIRA, 2012). Com o processo de municipalização¹⁹, os municípios, progressivamente, passam a assumir prerrogativas e responsabilidades que vão desde a gestão plena da atenção básica à saúde à 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 Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS²⁰, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, em 2008, que, no seu Art. 1º, define sua implantação “[...] 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 de governo* (grifo nosso). As ações concernentes a essa regulação, estão pensadas em três dimensões de atuação, com recomendação da necessária integração entre elas, a saber: I - Regulação de Sistemas de Saúde; II - Regulação da Atenção à Saúde; III - Regulação do Acesso à Assistência.

Ainda que essas três dimensões exijam sua apreensão como totalidade, o foco deste Capítulo é a Regulação do Acesso à Assistência, visto que implica a regulamentação de todo e qualquer procedimento de marcação de consultas, exames e internação, necessários à garantia da integralidade dos cuidados de saúde da população. Também denominada regulação do acesso/regulação

¹⁹ O princípio da descentralização exige que o poder e a responsabilidade sobre diferentes setores sejam distribuídos entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal, com o objetivo de garantir a prestação de serviços com eficiência e qualidade e a fiscalização e o controle por parte da sociedade. A realização deste princípio resulta na municipalização da gestão dos serviços de saúde, quando esta é transferida dos governos federal e estadual para os municípios, como previsto na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, e nas NOBS, NOAS.

²⁰ Na saúde, dentre diferentes órgãos de controle e regulação, temos: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselhos Estaduais, Municipais e Distritais; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

assistencial, “[...] tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.” (BRASIL, 2008). Como pode ser apreendido no espírito da legislação, ainda não presente na realidade, 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).

A Regulação, como um dos instrumentos de gestão utilizados pelo SUS, é pensada como mecanismo de equilíbrio entre oferta e demanda o que pode facilitar a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população e, com isso, garantir acesso de qualidade, além de poder atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções. Se o real refletisse o legal, poderíamos ter como parâmetro as manifestações de Vilarins (2012, p. 641) ao afirmar que “[...] 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.”. No entanto, a regulação do acesso vem seguindo de forma lenta e conflitando a inteligência da legislação, sendo notório que o acesso dos trabalhadores/usuários aos serviços do SUS permanece não equânime, realidade que pode ser percebida nas longas filas virtuais nos serviços públicos de saúde – as quais substituíram as filas físicas - e que continuam a ser noticiadas diariamente nos meios de comunicação, não para denunciar o exíguo financiamento e a fúria privatista, tendo em vista transformar em mercadoria todas as instâncias da vida social, mas desacreditar o espaço público e seus trabalhadores.

É assim que podemos apreender os problemas impostos à gestão pública, no caso, da saúde, que associados à não aplicabilidade dos conceitos de regulação na prática vigente das políticas públicas em saúde, dão mostras do que significa “[...] o Estado Democrático de Direito/democracia burguesa, [que] ao se contentar mais com a aparência/forma do que com a essência/conteúdo, concomitantemente, por um lado, *não necessita materializar tudo aquilo que assegura legalmente*, e, por outro lado, favorece e contribui para que a organização capitalista mantenha obscurecida sua origem e natureza.” (VASCONCELOS, 2015, p. 483. grifo do autor). Isso significa que tudo que é

garantido legalmente na sociedade burguesa – cujo fundamento é o modo de produção capitalista - é garantido como possibilidade que raramente se transforma em realidade para todos, como encantadoramente é assegurado na lei, fundamentalmente aquilo que favorece trabalhadores e trabalhadoras.

A cidade do Rio de Janeiro foi capital federal, até o ano de 1960; posteriormente, Estado da Guanabara; em 1975, a fusão, se transformado em capital do Estado do Rio de Janeiro. Esse histórico resultou em uma grande concentração de estabelecimentos públicos de saúde que impõe particularidades ao sistema de saúde caracterizado por ampla oferta de serviços e complexo e fragmentado acesso. Um sistema que conta com pouquíssima interlocução entre os serviços federais, estaduais, municipais e particulares conveniados ao SUS e que, dividindo o mesmo espaço, gera uma total desarticulação da RAS na cidade do Rio de Janeiro, se tornando um martírio para qualquer trabalhador, usuário e usuária do SUS, o acesso organizado aos serviços de saúde. Assim, como mostra Rocha (2015), a cidade tem uma distribuição de vagas contra produtiva, desorganizada e ineficaz, o que resulta em um sistema de distribuição de vagas muitas vezes ilógico e injusto, diante da implantação de um complexo regulatório que vem ocorrendo de forma bastante lenta.

Somente em 2004 que se implantou uma versão introdutória do SISREG no município do Rio de Janeiro, sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde (DATASUS) e cedido às prefeituras no município do Rio de Janeiro, porém bastante restrito e direcionado aos prestadores privados, não era disponibilizado via internet, e sim, através de relatórios de agendamento. Em 2006, ocorreu a mudança do sistema para SISREG II, que passou a ser disponibilizado via online com informações das vagas de todos os prestadores privados e alguns prestadores do setor público.

Mas cabe apontar que até o ano de 2009, era praticamente inexistente o Sistema de Regulação de consultas e procedimentos no município, quando este teve acesso ao SISREG III. Até então era rotineiro o usuário, quando recebia o encaminhamento, ir às unidades secundárias e terciárias encontrar vaga para o procedimento que necessitava.

O SISREG III consiste na inserção das solicitações de procedimentos pelos médicos assistentes dos pacientes. Posteriormente, essas solicitações, como todas, 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: o médico regulador autoriza e agenda o paciente; o médico regulador devolve, quando deseja obter mais detalhes do caso; médico

regulador nega, 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 novamente regulada.

A regulação operacionalizada pelo SISREG está dividida em: Regulação Ambulatorial e Regulação Hospitalar, Urgência e Emergência²¹. Para concretizar o processo de regulação, estas centrais deveriam atuar de forma conjunta, porém, a realidade é que não existe uma oferta de leitos pelas unidades da rede SUS no município, disponíveis para a regulação municipal, principalmente no que se refere às redes federal e estadual. Uma realidade que necessitaria ser revista tendo em vista seu pleno funcionamento, porque, no município que tem a maior e mais complexa rede de saúde pública do país, é impossível organizar uma regulação de leitos, através de Centrais (municipal/estadual) que não se comunicam. Não é do desconhecimento das respectivas autoridades que o não investimento em uma Central Única de Regulação impossibilita o pleno funcionamento do sistema, como previsto na Política Nacional de Regulação. Assim, a não existência de cogestão do sistema entre os poderes municipal/estadual/ federal vem resultando em ações fragmentadas e sem planejamento estratégico.

A Regulação Ambulatorial, descentralizada para grande parte dos procedimentos²², é operada pelos médicos das unidades da APS que solicitam e agendam procedimentos de acordo com a disponibilidade de vagas. Segundo o Plano Municipal de Saúde/RJ (2018-2021), a capacidade regulatória da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é de uma média de 6.000 procedimentos/dia, porém, a quantidade de procedimentos regulados fica longe dessa capacidade, como mostram as estatísticas do próprio município, o que compromete os princípios da acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado na atenção primária.

²¹ O Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro que funciona 24 horas por dia, durante os 07 dias da semana, utilizado para agendar os procedimentos de regulação da Urgência e Emergência é o SISREG III. Este sistema, integrado a outras ferramentas informatizadas desenvolvidas pela SMS-Rio, possibilita a distribuição de vagas de urgência, emergência, internação e a liberação de ambulâncias em tempo oportuno, entre outras ações. São ações operadas pelo mesmo sistema SISREG que mantém relação direta, ainda que não aparente, como as cirurgias, por exemplo, que podem ser retardadas e/ou adiadas, pela falta ou atraso nos exames laboratoriais necessários ao diagnóstico e à própria intervenção.

²² Procedimentos ofertados sem grande burocracia anteriormente, hoje são regulados pelo SISREG, órteses e prótese, por exemplo. Isso resulta em situações como a abordada na reportagem “Por 25 reais, durmo na fila e marco o exame que precisar. Para driblar a fome na pandemia, faxineira baiana passa a noite diante de central de regulação e agenda procedimentos. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/por-25-reais-fico-na-fila-e-marco-exame-que-precisar/>. Acesso em: 12 maio 2021.

Dentre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, denominados procedimentos estratégicos, inclui-se uma extensa lista que tem sua origem na rede municipal e que são regulados pela rede do Estado, por meio da Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ); central atua em regime de cogestão com a SMS/RJ, em consonância com pactuação bipartite/2015²³, uma cogestão que na realidade não acontece. Com destaque para a notória não efetivação do que consta nos planos governamentais do município do Rio de Janeiro, como revelam as gestões Paes/Crivella, são inúmeros os questionamentos sobre essa cogestão. Assim temos, desde o funcionamento das Centrais de Regulação em locais diferentes, até processos de regulação morosos e desrespeitosos com os trabalhadores/usuários.

Como sinalizado, as Centrais de Regulação funcionam em locais diferentes²⁴, sendo o processo de regulação do ente estadual também moroso e desrespeitoso com o usuário, desde a inserção no sistema, até um possível agendamento. A Central de Regulação do Estado (CER), que opera através do Sistema Estadual de Regulação (SER) apresenta números piores do que o SISREG, no quesito demora e/ou devolução das solicitações ao responsável pela solicitação da vaga, que, no caso do SISREG, é a unidade de Atenção Primária.

No Plano Municipal de Saúde (2014-2017), observa-se a ampliação progressiva das vagas ambulatoriais que são ofertadas pelo SISREG, uma oferta que, como divulgado pelo município, passou de 231.644/2010, para 1.425.101/2016. Porém, esse resultado não teve como consequência a solução dos problemas enfrentados pelo sistema. Assim, tem-se que não foram concretizadas: a pactuação de metas de regulação no âmbito dos contratos e convênios; os termos de compromisso com as policlínicas municipais; a ampliação da articulação com a rede federal. Como agravamento dessas questões, tem-se que todas são objeto de questionamento por parte do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ), há mais de 06 anos²⁵.

Como mostram os levantamentos da SMS/RJ²⁶, as unidades próprias municipais são responsáveis pela oferta de mais de 60% dos procedimentos referentes a consultas clínicas e exames, enquanto os prestadores privados, os hospitais e institutos federais contratados e universitários ficam responsáveis

²³ De acordo com o Plano Municipal de Saúde/RJ, as pactuações foram formalizadas através das deliberações: CIB RJ N° 3.470 de 20 de julho de 2015, que 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; a deliberação CIB RJ n° 3.534 agrega os procedimentos estratégicos a serem regulados exclusivamente pela REUNI/RJ.

²⁴ O Complexo Regulador do Município - o SISREG - funciona no Hospital Municipal Souza Aguiar, já a Superintendência de Regulação Estadual funciona na Rua Carmo Neto, s/n°, Cidade Nova, Rio de Janeiro.

²⁵ Mais informações podem ser consultadas na Revista do TCMRJ. Disponível em: www.tcm.rj.gov.br. Acesso em: 02 maio 2019.

²⁶ Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/sms. Acesso em: 19 nov. 2020.

por 24,2%, 7,4% e 8,3% dos procedimentos, respectivamente. Para que a regulação assistencial funcione entre esses diferentes entes, foram elaborados protocolos clínicos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde/RJ, objetivando subsidiar a organização do fluxo dos pacientes na rede assistencial. Um processo norteado pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), que define os parâmetros e os limites financeiros destinados à assistência à saúde da população referenciada. Esses protocolos, fundamentais para uma adequada organização do fluxo, em muitos casos, se resumem a normas técnicas, frias e burocráticas, distantes da complexidade da oferta de uma vaga pelo sistema.

As solicitações de procedimentos lançadas no SISREG, com as devidas justificativas, são classificadas, em um sistema de prioridade, baseado em classificação de risco, onde: a cor vermelha representa situações clínicas graves e/ou que necessitem de agendamento prioritário, em até 30 dias; a amarela representa situações clínicas que necessitem de um agendamento prioritário, para próximos dias, em até 90 dias; a verde representa situações clínicas que necessitem de um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias e azul representa situações clínicas que não necessitem de um agendamento prioritário, podendo aguardar mais do que 180 dias. Antes da consulta e/ou qualquer procedimento ser efetivamente autorizado, ele é avaliado pelo 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/exame. Aqui se revela um dos grandes entraves ao funcionamento adequado da referida cogestão, visto que a ampliação da rede secundária e terciária, ao não acompanhar a ampliação do acesso da APS, vem inviabilizando o referenciamento a atendimentos mais complexos, assim como a urgências e emergências, o que vem resultando em mortes evitáveis. Por outro lado, qualquer equívoco relacionado ao diagnóstico ou ao preenchimento da solicitação pode resultar em diferentes consequências que vão desde a perda ou retardo de uma consulta/exame, até a morte do usuário. Para exemplificar o quão grave é a situação da FILA DE ESPERA do SISREG, em novembro de 2020, existiam 386.954²⁷ trabalhadores/usuários aguardando atendimento no município do Rio de Janeiro. Uma fila virtual que, mostrando tendência de crescimento constante, revela o quanto a operacionalização do SISREG tem sido problemática, com piora expressiva, a partir de 2016, como poderemos observar a seguir.

²⁷Informações presentes no site da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: www.rio.gov.br. Acesso em: 23 nov. 2020.

O SISREG nas gestões Eduardo Paes (2013-2016) e Crivella (2017-2020)

Em 2012, tardiamente, o Poder Público Municipal elabora a metodologia do SISREG. Neste processo, agiliza o sistema de regulação, com a descentralização da regulação ambulatorial para os profissionais da APS; define o SISREG como principal ferramenta da regulação assistencial ambulatorial no município; inicia a expansão da APS no município, de modo a aumentar o acesso de mais cidadãos aos serviços de saúde básicos; realiza a descentralização da regulação dos procedimentos especializados para a APS, por meio de atribuição da função de regulação aos médicos responsáveis técnicos do município; elabora protocolos sobre o SISREG e mostra preocupação com a capacitação dos profissionais e respeito aos protocolos e regulação profissional. Porém o movimento real do SISREG revela a distância entre intenção e ato. Diante das atribuições e malversações das políticas, que envolvem interesses privados de indivíduos e grandes corporações, a vontade política de transformar o legal em real torna-se escassa. Ou seja, a necessidade de implementar e consolidar aquilo que é pensado de forma brilhante como parte e expressão de uma política de saúde universal – aqui, especificamente o que interessa essencialmente a classe trabalhadora – é relegado em favor de interesses dos diferentes segmentos da classe que detém o poder econômico e político. É assim que podemos observar que o processo de descentralização do SISREG para a APS realizado na gestão Paes pouco contribuiu para a diminuição das pendências no sistema de regulação carioca, como podemos observar no quadro abaixo:

Tabela 1 - SISREG/Município do Rio de Janeiro. Número de pendências da regulação – 2012/2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Solicitações	1.168.766	1.181.020	1.514.679	1.767.287	1.834.778
Agendamentos	838.572	984.020	1.256.064	1.494.863	1.486.358
Pendência de Regulação	157.214	150.930	105.055	100.043	158.006

Fonte: PINTO (2020).

Permanece a ineficiência da Central de Regulação carioca diante do fluxo solicitação/agendamento, a partir de 2012. Sem desconsiderar a ampliação das solicitações ano a ano, verifica-se que as pendências na regulação foram altas em todos os anos da Gestão Paes, o que reflete, dentre outros, problemas da cogestão, complexidade da rede do município, descompasso entre crescimento da rede APS e da rede de atenção secundária e terciária.

No ano de 2017, Crivella inicia sua gestão sinalizando a reorganização do SISREG; no primeiro dia de governo apontou que envidaria esforços e criaria mutirões “para zerar as filas do SISREG para cirurgia onde o paciente corre risco de vida” e ainda prometeu que “aumentaria em 20% o número de leitos nos hospitais municipais, até o final de 2018 (RELATÓRIOS DE GESTÃO SMS/PCRJ)²⁸, visando reduzir o tempo de espera na fila do SISREG. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNIS), o número de leitos, no entanto, vem caindo, progressivamente: 3.872 leitos em 2016; 3.634 em 2018; 3522 em 2019. Crivella prometeu aumento de 20% dos leitos, em 2016, mas o crescimento de 2,6% - 102 leitos -, em 2020, só se deu em razão da instalação da pandemia do Covid-19, que ainda atinge tragicamente o Estado e o Município. Quanto aos mutirões – seis, de janeiro de 2017 a março de 2020 –, não reduziram a fila do SISREG que, em 2016, contava mais de 130 mil trabalhadores/usuários e, em 2017, com 140 mil, quando a SMS foi pressionada por várias instâncias²⁹ a criar estratégias para abrir vagas e acelerar a realização de procedimentos com maior demanda. É digno de nota que dentre as promessas não foi contemplada a necessária a contratação de profissionais de saúde. No período, o que se observou foi a redução de equipes com demissão de profissionais.

O não investimento na RAS, o episódio “Fala com a Márcia”³⁰, o intenso processo de demissões (principalmente, Agentes Comunitários de Saúde), a redução do horário de funcionamento de unidades de saúde e os constantes atrasos no pagamento de salários dos trabalhadores da saúde, pelas OS, são fatos que, além de triplicar a fila do SISREG, revelam o caminho da privatização e da utilização do serviço público em favor de interesses privados na gestão Crivella.

A ampliação da rede de APS não acompanhada pela ampliação da rede estadual, como na gestão Paes, utilizada como justificativa para o aumento da demanda reprimida por consultas e exames revelam não só a mesma falta de vontade política de consolidar um sistema público e universal de saúde, mas a privatização em andamento desde a aprovação da Constituição de 1988 e a continuidade da subserviência do SUS ao Complexo Médico Industrial – através das compras vultuosas de medicamentos, insumos e equipamentos (Ver Vasconcelos, 2012 – Posfácio) –, acirradas e historicamente aprofundadas, mesmo

²⁸ Informações presentes no site www.rio.gov.br transparência Rio SISREG. Acesso em: 23 nov. 2020.

²⁹ Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro/TCMRJ; Ministério Público; notícias veiculadas na imprensa sobre o não acesso ao SISREG; Movimentos e Conselho de Saúde (distritais, municipal e estadual), dentre outras instâncias.

³⁰ Ver Portal EPSJV/FIOCRUZ, em 13 de julho de 2018, o envolvimento do prefeito Crivella em um escândalo para facilitar “furar a fila do SISREG”. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br. Acesso em: 19 nov. 2020.

nos governos denominados “democráticos-populares”.

Regulação na saúde, Serviço Social e prática profissional

A regulação das ações assistenciais interfere em diferentes níveis de gravidade na saúde, quando o trabalhador/usuário não consegue regular em tempo hábil um atendimento, desde a Atenção Primária, através da regulação de uma simples consulta para o cumprimento de condicionalidade junto a um Programa Assistencial como o Bolsa Família – porque o Agente Comunitário não consegue acessar a sua moradia em razão da “violência” do local –, até o diagnóstico de um câncer de mama que, retardado em 6 meses, 1 ano, vai, não somente onerar o tratamento a ser realizado pelo SUS, mas, antes de tudo, o que é terrivelmente mais comum, abreviar o tempo de vida da mulher, provocando mais uma morte precoce e evitável, como tantas mortes durante a pandemia dos anos 2020. Esses são fatos presentes nas manifestações de incontáveis trabalhadores/usuários nos Plantões do Serviço Social, nas Visitas ao Leito, nas Visitas Domiciliares, que revelam uma demanda oculta do trabalhador pela regulação na saúde, e que não é percebida por ele como demanda para a regulação na saúde e que necessita ser sistematizada e publicizada pelo assistente social/equipe que só pode identificá-la ao ter sua prática mediada por teoria – ou seja, conhecimento da realidade.

A importância para os trabalhadores de uma regulação coordenada de vagas referentes a consultas, exames e leitos oferecidos pelo SUS vai muito além da divulgação de dados que, em si, não revelam os rumos e as consequências da caótica e obscura regulação na saúde. O que importa aos trabalhadores e trabalhadoras é o rastro de sofrimento, suplício e mortes evitáveis que esta regulação na saúde vai deixando, a partir de decisões tomadas por gestores de plantão, no incerto movimento de avanços e recuos das decisões políticas submetidas à correlação de forças da hora, no momento, completamente desfavorável aos trabalhadores; decisões que resultam no acesso (frequentemente incompleto), no retardamento do acesso ou no veto do acesso a ações e serviços de saúde. Ou seja, a regulação na saúde, para além de números, na verdade resulta em perda da vida ou prolongamento da doença a um contingente da população brasileira que supera 80% que contam somente com o SUS.

É em meio a esse complexo movimento da realidade social, determinado por interesses antagônicos entre capital-trabalho que, no contexto de pandemia, tivemos todos de depender do SUS para que coletivamente nos voltássemos para defesa do sistema e de seus profissionais, tão massacrados pela mídia oficial que necessita desqualificar não só o SUS, mas os serviços públicos em geral, na sanha de transformar todas as instâncias da vida social em

mercadoria a ser adquirida no mercado³¹. Mas a defesa do SUS, mesmo na pandemia, não é uma defesa unânime. Enquanto a maioria que depende somente do SUS para garantir acesso a ações e serviços de saúde³² começa a ter a dimensão da importância e defesa de um sistema público que garanta a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, como ainda consta da Constituição de 1988, para os capitalistas, a defesa do SUS está condicionada à garantia de mínimas condições de vida da classe trabalhadora para garantir imensos contingentes disponíveis para exploração, o que resulta em forçar cada vez mais para baixo o financiamento do sistema, objetivando garantir um mercado de venda dos serviços e ações de saúde³³. Na pandemia, a ocasional defesa do SUS pelos capitalistas significa, não ações que reforcem a necessidade de garantia do financiamento necessário para o pleno funcionamento do SUS, mas um eventual “auxílio ao sistema” para que ele possa enfrentar o caos pandêmico, a partir da destinação de quantias a serem, não só geridas pelos próprios doadores, mas também descontadas do Imposto de Renda, como presenciamos em abril de 2020, com a doação feita por várias empresas/conglomerados para o “combate ao coronavírus”³⁴. Na verdade, isso significa a filantropização do SUS e a valorização das parcerias público privada (PPP), impostas como solução para o chamado “colapso” da saúde pública. Contexto que exige a construção das condições necessárias a uma defesa substantiva do espaço público pelos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros o que, como parte de um

³¹ O lema do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro é “Saúde não é mercadoria”. Disponível em: <http://pelasaude.blogspot.com/?fbclid=IwAR0vWrl-BkC4gRlZISXkkz4iMkuKl3HdrAJPPFU54bQ2eVMTmtuKMXrgok>. Acesso em: 09 maio 2020.

³² O SUS, pela Constituição de 1988/leis complementares, assegura, legalmente, prioridade da promoção e prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais, o que é garantido, na medida do nível de financiamento, especialmente aos trabalhadores – não contemplados por Planos de Saúde. Assim temos, a atenção primária, secundária, terciária e de reabilitação, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica, estas duas últimas, de fato, universais, tendo em vista garantir às elites econômico-financeiras e política, condições de sobrevivência, para si e seus herdeiros, no país. Não podemos esquecer ainda que os mais caros serviços da atenção terciária e de reabilitação são utilizados pelos ricos e super ricos, principalmente, os procedimentos no exterior, pagos pelo SUS e que necessitam de complexa assessoria jurídica para serem garantidos.

³³ Ver financiamento na esfera federal estadual e municipal de 2012 a 2020. O Brasil mantém, ao longo do tempo, o financiamento de saúde centrado predominantemente no sistema privado de saúde, ao qual só tem acesso os 23% da população. Sem contar que nos últimos anos, há um incentivo federal para a criação de planos de saúde mais populares, com cobertura reduzida para doenças graves, o que onera o SUS, já que não é ressarcido pelos planos de saúde em tratamentos mais complexos e graves. Esse sistema favorece o capital privado em detrimento do sistema público. Ver Ocké-Reis (2007).

³⁴ Sem referência aos 500 maiores devedores da Previdência – ou seja, uma dívida de vários bilhões ao sistema de seguridade social – e ao exíguo financiamento do SUS, grandes corporações fazem doações para o “combate ao Coronavírus”. Disponível em Economia/G1: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/04/13/itau-e-outras-empresas-anunciam-doacoes-para-o-combate-ao-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 09 out. 2020.

processo que terá vigência enquanto a humanidade estiver submetida aos ditames do capital, certamente conta com grande força na formação e desenvolvimento da consciência política popular.

Pois bem, em busca de realização do compromisso dos assistentes sociais com os trabalhadores e trabalhadoras brasileiros, expresso no projeto profissional apreendido como anticapitalista crítico (VASCONCELOS, 2015), e ante a importância do SUS como política pública, universal e com controle social³⁵, reconhecemos a área da saúde como espaço estratégico para a profissão.

Não sem razão, a categoria dos assistentes sociais, junto a um conjunto expressivo de profissionais considerados indispensáveis na implantação de um modelo assistencial que objetive as diretrizes do SUS³⁶, foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde³⁷, desde 1997, como profissional de saúde. Diante disso, coube e cabe à categoria definir seu papel na área da saúde, ou seja, mostrar, através de projetos e práticas qualificadas, a que veio o assistente social nessa área de atuação, o que tem sido objeto de atenção de vários assistentes sociais e segmentos da categoria³⁸.

Ora, sabemos que na direção do projeto profissional, tendo em vista a necessária prioridade aos interesses e necessidades dos trabalhadores(as)/usuários, uma prática profissional que, em consonância com os princípios que abrem o Código de Ética do assistente social e, desse modo, necessariamente mediada pela teoria social crítica – Marx e os marxistas –, para além das necessárias orientações e encaminhamentos tendo em vista respostas às requisições institucionais por viabilização ou recusa do acesso a bens e serviços, exige a difícil tarefa de construir as condições necessárias³⁹ a uma análise social recíproca;

³⁵ Como preconizado no Art. 196 da Constituição 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. (BRASIL, 1998) A histórica desqualificação e recusa do status jurídico e da função social dos Conselhos de Saúde na efetivação plena dos SUS.

³⁶ O Art. 198, para além dos parágrafos que definem o essencial financiamento e sua aplicação, define que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

³⁷ Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 218, de 06/03/1997.

³⁸ Dentre tantas produções, ver: os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde (CFESS, 2009); a produção de Maria Inês Souza Bravo e Maurílio de Castro Matos 2004 e Ana Maria de Vasconcelos 2008, 2012, 2015.

³⁹ O que exige o conhecimento da Instituição e trabalhadores usuários e a análise da constituição e formação da equipe e forma e qualidade da inserção do Serviço Social como parte e expressão desse complexo contraditório – requisições institucionais- demandas dos trabalhadores. (Ver VASCONCELOS, 2015, Prelúdio, Cap. 1 e 3).

uma análise que, para além do planejamento da atividade profissional, significa o envolvimento substantivo do assistente social e do trabalhador/usuário na apreensão do movimento da realidade, na apreensão das possibilidades e alternativas de enfrentamento das questões presentes nas demandas (históricas e pontuais) dos trabalhadores, com indicação das formas, instrumentos e mecanismos de realiza-las. Um processo que vai além das necessárias respostas às requisições institucionais e/ou da busca de “solução de problemas” (emergenciais/pontuais), na medida em que as diferentes expressões da questão social no capitalismo jamais terão solução. Isso significa trazer o social para a área da saúde, motivo pelo qual o assistente social foi chamado e lutou para integrar as equipes interprofissionais, ou seja, como integrante de uma equipe que se constitui através de um exercício profissional articulado junto aos usuários, através da reciprocidade — o que implica troca — e interação entre seus membros.

É nessa direção que duas das diretrizes elencadas no Art. 196 da Constituição se mostram muito caras ao assistente social: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e “participação da comunidade”. Diretrizes que, como categoria, pouco contribuimos para tornar realidade, diante de uma conjuntura que, mesmo de implantação do SUS, se destacou pela concomitância de um modelo assistencial que não superou a centralidade do/no médico e da/na doença e de um violento e sutil processo de manipulação, controle, captura etc. dos diferentes segmentos da classe trabalhadora. Não podemos deixar de ressaltar que o espírito dessas diretrizes está presente no Código de Ética do assistente social, principalmente no que diz respeito aos deveres do assistente social nas suas relações com os usuários, como pode ser observado no Art. 5º do referido Código.

É neste contexto que apreendemos algumas das consequências que o caótico funcionamento de um sistema de regulação na saúde – no caso o SISREG – traz para o cotidiano do assistente social, ampliando ainda mais não só as requisições institucionais por “manejo dos conflitos”; sabemos que, historicamente, qualquer fato “desagradável” que implique atravancar o movimento institucional é transformado em requisição institucional para os assistentes sociais, seja através de diferentes profissionais⁴⁰ e técnicos, seja por

⁴⁰ São os médicos que, objetivando resolver a lentidão na realização de procedimentos que atravancam suas respostas profissionais, que acionam o assistente social para orientar/acompanhar o usuário na fila do SISREG. 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 ação 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.

parte de chefes/diretores. É neste contraditório e complexo contexto que,

Se o assistente social nem sempre tem clareza do seu papel e do que fazer nos diferentes espaços profissionais, os empregadores (tanto públicos como privados) sabem do papel que ele pode desempenhar e desempenha, no reforço e garantia do controle, da manipulação e da dominação dos trabalhadores/usuários. É na gestão das unidades socioassistenciais, atravessadas que são pela luta de classes, o que resulta num movimento institucional conflitivo e contraditório, que os empregadores (inclusive os gerentes de capital, nas empresas capitalistas) contam com o assistente social que, ao mediar conflitos, apaziguar os ânimos, garantir harmonia, consentimento, reconciliação, acomodação, consenso entre desiguais, responsabiliza-se por tudo aquilo que, independentemente da brutalidade e da violência das situações, assegura aquela sensação agradável de prazer, principalmente, porque, ao mesmo tempo em que é uma sensação necessária a um “movimento institucional sem conflitos” (mesmo que só na aparência), essa sensação, nessas circunstâncias, quase nunca está ligada à satisfação de uma demanda, de uma necessidade. É nessa medida que os empregadores contam com o assistente social para harmonizar interesses que se colocam como incompatíveis. Afinal, historicamente o assistente social é chamado para que situações conflitivas não resultem em conflitos de fato, mas em conciliação, consentimento, acordo, “consenso” entre desiguais. (VASCONCELOS, 2015, p. 367-368).

Desse modo, são os assistentes sociais que são acionados para dar conta do sofrimento e revolta dos trabalhadores/usuários, diante do processo moroso, confuso e cheio de barreiras e contradições que vai desde a complexa marcação de consulta na sua unidade de APS até a realização efetiva do procedimento - consulta com especialista/exame. Aqui, a organização de espaços coletivos – reuniões – que, a partir de democratização de conhecimentos e informações, fomenta reflexão crítica, orientações e identificação/definição de táticas que facilitem, não só o acesso, mas o acompanhamento do SISREG, guarda possibilidades de favorecer o controle social; uma estratégia, na pandemia, extremamente comprometida.

Mas o precário funcionamento do SISREG amplia, substancial e concomitantemente, as demandas individuais manifestadas de forma espontânea, imediata e emergencial pelos trabalhadores/usuários, importantes e em determinados momentos vitais, as quais exigem respostas qualificadas por parte do assistente social. Um fato que, ao sobrecarregar ainda mais o cotidiano dos assistentes sociais, intensifica e complexifica a construção das condições

teórico-práticas⁴¹ que favoreçam a apreensão do caráter coletivo dessas e demais demandas manifestadas individualmente (demandas que revelam não só as necessidades e interesses individuais e coletivas dos usuários, mas as contradições que envolvem sua apreensão e enfrentamento), assim como o enfrentamento das demandas históricas que podem favorecer a luta geral dos trabalhadores.⁴² Mas, contraditoriamente, é essa mesma ampliação das requisições institucionais e das demandas dos trabalhadores/usuários que amplia também as possibilidades de diálogo e interlocução dos assistentes sociais com os trabalhadores.

Neste movimento, as requisições institucionais direcionadas aos assistentes sociais, não compatíveis com as atribuições e competências profissionais, não surgem somente do desconhecimento de gestores, profissionais e técnicos da saúde sobre o que é atribuição do assistente social. Surgem da observação, por eles, tanto do que o assistente social vem assumindo historicamente como das consequências favoráveis e funcionais de sua atuação no movimento institucional. Assim, nos parece que são as requisições institucionais que ao permitirem a aproximação dos assistentes sociais com os trabalhadores usuários nos oferecem oportunidade, alternativas e possibilidades de tanto redirecionar o complexo movimento institucional – ou seja a política e serviços socioinstitucionais -, em favor dos interesses histórico dos trabalhadores, mas também de fomentar e ampliar processos de reflexão crítica (Vasconcelos, 1997) sobre, dentre tantos outros temas relevantes para a luta dos trabalhadores, espaço público/política pública/SUS, financiamento/fundo público, controle social/participação etc., para além de recusas e respostas pontuais.

Desse modo, se por um lado damos respostas diretas às requisições institucionais e demandas dos trabalhadores/usuários, por outro, ao sistematizarmos e analisarmos os dados produzidos pelo Serviço Social, cotejados com dados gerais e institucionais, podemos também desempenhar um papel relevante para os trabalhadores tendo em vista influenciar chefias e profissionais no planejamento e rotinas institucionais. Assim, é necessário publicizar tanto os gargalos do SISREG quanto suas nefastas consequências para os trabalhadores/usuários, junto a gestores, profissionais, Conselhos, Conferências e organismos de representação dos trabalhadores e trabalhadoras. Este pode ser um movimento virtuoso que, conseqüente da opção por um projeto profissional anticapitalista-crítico-emancipatório, como pode ser apreendido no Código de Ética/1993, exige formação permanente, ou seja,

⁴¹ Aqui estamos nos referindo, à formação permanente e ao planejamento, assim como à correlação de forças institucionais e à autonomia que determinam a transformação do ideado em realidade.

⁴² Para uma abordagem das demandas dos trabalhadores ver Vasconcelos, 2015, Capítulo 3, 3.1.5 Dimensão técnico-operativa, especialmente, 3.1.5.4.1 Demanda de trabalhadores-trabalhadoras/usuários

aprofundamento da formação ético-política, teórico-metodológica e técnico operativa, para além da graduação.

Considerações Finais

A organização da porta de entrada do SUS, tendo o SISREG como um dos instrumentos de acesso à RAS nos municípios, se efetiva em espaços de disputa entre os projetos da Reforma Sanitária – fundamento do SUS constitucional –, o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada (BRAVO, 2018)⁴³. Diante do refluxo do protagonismo dos trabalhadores na luta de classes, nas últimas décadas, observamos gestões federais, estaduais e de Paes/Crivella/Paes na Administração Municipal do Rio de Janeiro, um SUS real totalmente submetido ao mercado, bem distante do SUS legal como garantido na Constituição de 1988; ou seja, nos três níveis de governo, observa-se um processo que acelera ainda mais o desmonte do SUS iniciado ato contínuo à sua aprovação em 1988, na medida em que, dentre outras tantas investidas contra o SUS, os cuidados em saúde vêm sendo ofertados de forma incompleta, residual e sem respeitar seus princípios. Mas, mesmo no contexto de uma despuddorada ofensiva capitalista, burguesa/imperialista/financeira em curso, por décadas, o SUS vem sendo bem sucedido, com destaque para a Vigilância Epidemiológica/Programa de Imunização, a Política Nacional de sangue, a Vigilância Sanitária, o PSF etc. Assim, a APS, não somente no município do Rio de Janeiro, vem sendo submetida à lógica da atenção biomédica e individualizada, sem considerar as complexas questões relativas às condições de vida e de trabalho dos diferentes segmentos da classe trabalhadora, o que pode se configurar na manutenção de uma assistência à saúde seletiva e de integralidade amesquinhada, quando os determinantes sociais não são considerados, deixando, mais uma vez, as ações de promoção e prevenção em saúde – tidas como prioridade pela lei maior - em segundo plano, como consta das diretrizes contidas no Art. 198 da Constituição de 1988: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ARTIGO 198, 1988).

⁴³ 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 dentre outras produções da autora, Bravo (2018).

A crise sem precedentes instalada no Rio de Janeiro, que antecede a pandemia do Covid-19, “[...] numa combinação de elementos locais e nacionais [...]” (MELO, 2019), revela, na saúde, retrocessos amparados na PNAB 2017⁴⁴; o aprofundamento do desmonte dos mecanismos de proteção social em função, principalmente, da aceleração do processo de destruição dos serviços públicos, potencializada por meio de medidas como o desmonte da PNAB e da PEC do teto de gastos⁴⁵. Esses fatos, aliados à total irresponsabilidade e descompromisso dos entes governamentais nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), diante da falta de resolutividade da RAS, vem deteriorando a regulação na saúde, em especial o SISREG – um dos instrumentos para a Regulação na saúde na capital carioca, resultando na degradação e debilidade do sistema de saúde, com o aumento das filas, agora virtuais.

Nas gestões Paes/Crivella, observou-se o descompasso entre a oferta em Atenção Especializada à Saúde e Atenção terciária e a circunstancial ampliação do acesso na Atenção Primária, no período 2008-2016/Paes, não acompanhada pela gestão Crivella. Esse movimento gerou a fila de espera virtual, em substituição à histórica fila física, ficando claro que também nessas gestões (Paes e Crivella), a Regulação em Saúde se põe em contradição com a própria Política Nacional de Regulação e, conseqüentemente, com os princípios do SUS.

A fim de que a demanda para o SISREG não permaneça obscurecida, mascarada, ocultada, quando não sistematizada e publicizada pelos assistentes sociais, ela exige ser considerada e discutida em reuniões de chefias, Conselhos e Conferências, em artigos científicos, mas antes de tudo, problematizada junto aos próprios trabalhadores(as)/usuários que muitas das vezes são taxados, por profissionais e equipes, como relapsos e inconseqüentes por não recorrerem a tempo ao tratamento. Assim, são culpabilizados pelo cumprimento de condicionalidades dos programas socioassistenciais que não dependem somente do trabalhador/usuário, mas, antes de tudo, do que é identificado na sua trágica história de vida: a demanda oculta pela regulação qualificada e coordenada do sistema de saúde, pela qualidade da política pública de educação.

O compromisso com o aprimoramento intelectual, como princípio presente no Código de Ética, ao carregar as condições de uma prática mediada por teoria porque pensada – ou seja planejada e avaliada nas suas conseqüências objetivas, sustentando a tão almejada “formação permanente” de cada um e da

⁴⁴ A revisão da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB - em 2017, representa uma reorientação do modelo de atenção primária no país e é totalmente prejudicial aos princípios do SUS.

⁴⁵ EC-95/2016 – 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 vinte anos.

categoria, é que põe condições do assistente social, individual e coletivamente, como profissional de saúde, apreender, na/da realidade, possibilidades e alternativas que vão muito além do atendimento a demandas pontuais e emergenciais dos trabalhadores usuários e das requisições institucionais pela operação dos sistemas⁴⁶. Nesse caminho, atuando em equipes interprofissionais, podemos contar com condições favoráveis para contribuir com segurança de princípios e competência profissional, conforme indicado nos Parâmetros de Atuação do assistente social na política de saúde (CFESS/2009) e com base na Lei 8.666. Assim, em meio a relações interprofissionais e democratização de informações e conhecimentos junto aos trabalhadores/usuários e seus diferentes organismos de representação e de luta, a adesão aos espaços da regulação pode permitir que os assistentes sociais encaminhem suas ações de forma a pressionar/tensionar a regulação de vagas em direção aos ideais da Reforma Sanitária/Constituição de 1988 e do projeto do Serviço Social. Nesse caminho, tanto o debate como a materialização das competências e ações profissionais podem trilhar a defesa da universalidade, integralidade e equidade, constituindo um sistema inteiramente público, estatal, laico e único de saúde que pode e deve ser o SUS.

Referências

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços da era digital. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

BARBOSA, Marina. **Brasil tem 125 milhões de pessoas que não sabem se vão se alimentar bem**. Disponível em: www.correiobraziliense.com.br. Acesso em: 14 abr. 2021.

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**. BRASIL. 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.

⁴⁶ Dentre inúmeras requisições equivocadas de gestores e profissionais de saúde para os assistentes sociais, destacamos: 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/contra referência; realizar análise socioeconômica para garantir prioridade na fila SISREG. Merece destaque que essa não é uma atribuição do Assistente Social e de nenhum outro profissional de saúde visto que o SUS, como garantido na lei maior, é universal.

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. D. O., Brasília, DF, 31 dez. 1990

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Brasília: DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 218, de 06 de março de 1997**. Aprova e reconhece como profissionais de saúde de nível superior diversas categoriais. Brasília: DF, 1997.

BRASIL. Política Nacional de Regulação. **Portaria GM 1.559, de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2011.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. CFESS Gestão 2008-2011 Brasília: DF, março de 2009.

CONSÓRCIO DE IMPRENSA. **Número de mortes por covid-19 no Brasil chega a 434,8 mil**. Disponível em: [https://g1.globo.com/Brasil/ValorEconomico\(globo.com\)](https://g1.globo.com/Brasil/ValorEconomico/globo.com). Acesso em: 15 maio 2021.

CONSÓRCIO DE IMPRENSA. **Balço da vacinação contra Covid-19.** Disponível em: <https://g1.globo.com> Acesso em 09 de maio 2021.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. **Constituição-Compilado.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/compilado.htm Acesso em 09 de maio de 2021.

FUP, Federação Única dos Petroleiros. **Mortes por Covid-19 na Petrobrás mais que dobram em dois meses.** Disponível em: www.fup.org.br Acesso em: 15 de junho de 2021.

JORNAL G1.GLOBO. **Itaú e outras empresas anunciam doações para o combate ao Coronavírus.** Disponível em: Economia/G1 <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/04/13/itau-e-outras-empresas-anunciam-doacoes-para-o-combate-ao-coronavirus.ghtml>. Acesso em 09 out. 2020.

JÚNIOR, F. B. Gestão do SUS: O que fazer? **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, set. 2011.

MASSUDA, Adriano; ROCHA, Rudi, et al. **Desigualdades socioeconômicas afetaram mais o curso da pandemia no Brasil do que fatores de risco para a Covid-19.** Disponível em www.impacto.blog.br. Acesso em: 16 abr. 2021.

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, vol.24, n.12, pp.4593-4598. Epub 25-Nov-2019. ISSN 1678- 4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>.

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, ano 29, v29, n. 1. Jan-mar 2005.

OCKE-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, jul-ago., Rio de Janeiro: RJ, 2007

OLIVEIRA, R. R. de; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, junho de 2012.

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.** 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

PORTAL ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO/FIOCRUZ. **Fala com a Márcia.** Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br. Acesso em: 19 nov. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Saúde (2014-2017; 2018-2021). Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: www.rio.gov.br/web/sms. Acesso em: 19 nov. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Informações sobre o Portal da Transparência SISREG.** Disponível em: www.rio.gov.br. Acesso em: 23 nov. 2020.

ROCHA, A. P. da. **Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro – RJ: efeitos da inserção da APS na Regulação.** 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatórios de gestão.** Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/wb/sms Acesso em: 19 nov. 2020.

SENADO FEDERAL. **CPI da Covid é criada pelo Senado.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/13/senado-cria-cpi-da-covid> Acesso em: 13 abr. 2021.

TRIBUNAL DE CONTAS DO RIO DE JANEIRO - REVISTA TCMRJ. TCMRJ **Matéria de capa questiona transparência do SISREG.** Ano XX-XIV, n. 70, p. 6-25 set. 2018. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: www.tcm.rj.gov.br. Acesso em: 02 maio 2019.

VASCONCELOS, A. M. de. Prática reflexiva e Serviço Social. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 131-181, set. 1997.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, A. M. de. **A/O Assistente Social na luta de classes**: Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS *et al.* **O Serviço Social em Hospitais**: orientações básicas. 2. ed. Revista e ampliada, Rio de Janeiro: CRESS/7ª Região, 2008. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/cartilhas/o-servico-social-em-hospitais-orientacoes-basicas/> Acesso em: 15 jan. 2021.

VILARINS, G. C. M.; 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.