



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

David Miguel dos Santos

## ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma análise de desempenho do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

David Miguel dos Santos

## ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma análise de desempenho do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro

Projeto de Monografia apresentado à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio –  
Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz)  
como requisito parcial para aprovação no  
Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador(a): Simone Cristina da Costa  
Ferreira

Rio de Janeiro

2022

David Miguel dos Santos

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DE DESEMPENHO DO  
SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Projeto de Monografia apresentado como  
requisito parcial para aprovação no Curso  
Técnico em Gerência em Saúde.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Simone Cristina da Costa Ferreira

EPSJV/FIOCRUZ

---

Flávio Astolpho Vieira Souto Rezende

EPSJV/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

*Dedico esse trabalho a  
Meu finado Gato.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional e por me dar a oportunidade de desempenhar um trabalho tão importante para minha formação acadêmica, pela estrutura que me forneceu e pelos ensinamentos que levarei para toda vida.

Agradeço a Simone Ferreira, minha orientadora, que foi extremamente necessária durante todo processo de confecção deste trabalho, tenho profunda gratidão pelas horas e horas de orientação, as correções, os conselhos e por me ajudar a criar um afeto pela saúde pública, por mais que seja cansativo e trabalhoso lidar com isso, é algo que sem dúvida vai me ajudar durante minha vida profissional e de estudos.

Agradeço a minha família, minha mãe por todo apoio que me deu, meu padrasto por cada lição de moral que já disse, meu irmão Davi por estar sempre por aqui, fazendo alguma coisa, mas estava, e em especial ao meu irmão mais velho, Gabriel, que foi muito vultoso para o processo de definição do que seria esse trabalho, e sempre esteve disposto a me auxiliar com meus problemas informáticos e sempre me deu suporte, não só nesse trabalho, mas na vida, como todos os outros citados.

Agradeço aos meus amigos, por estarem aqui presentes ouvindo todas as minhas reclamações, me dando sugestões, lendo meus textos enormes, quase que obrigados, mas lendo. Por todo suporte que me deram nesses anos não só de monografia, escolares no geral, sem dúvida eu não seria quem sou hoje sem vocês.

Agradeço ao meu finado Gato, que foi um grande amigo e muito importante pra mim durante toda sua vida, infelizmente ele partiu cedo, mas sempre terá um lugar aqui dentro por todas as noites que esteve comigo enquanto eu estava bem, mal, estudando, cansado, ele esteve lá comigo, aqui deixo eternizado minha gratidão a ele.

Agradeço a Ana Carolina Ferreira do Nascimento, minha companheira, que independente da situação, esteve comigo, me ajudando, me ouvindo, não se importando com o quão surtado ou mal eu estivesse, esteve ali para me acalmar, e me motivar a continuar esse trabalho, continuar a vida no geral, sem dúvida foi uma pessoa vital para que isso pudesse acontecer, deixo aqui meu obrigado mais sincero a você.

“Don't you know I'm still standing better than I ever did?  
Looking like a true survivor, feeling like a little kid  
I'm still standing after all this time”

(Elton John)

## **RESUMO**

O acesso pode ser entendido como uma conciliação entre a necessidade dos usuários e o sistema de saúde, num esforço para que seja obtida a melhor assistência possível. A população que exclusivamente obtém assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso pode ser entendido como a certeza de que sua entrada e processo dentro do sistema de saúde seja integral, suprimindo todas as necessidades do usuário. Tendo em vista que existem pessoas que apenas têm acesso à saúde por meio do SUS, o problema se encontra quando o acesso não é garantido, causando impactos negativos na vida de muitos brasileiros que necessitam desse atendimento. O projeto tem como finalidade fazer uma análise do desempenho do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro, com base nas dimensões do acesso e da utilização. Para alcançar o objetivo proposto, serão analisados o conjunto de ações e políticas públicas que tem como propósito ampliar o acesso e a utilização. Para avaliar o desempenho do sistema de saúde, foram analisados indicadores disponíveis em sistemas nacionais de informação. O tipo do projeto é quali-quantitativo, com base em pesquisas documentais, de acordo com os documentos a seguir: Relatório anual de gestão - RAG, o Plano de Saúde e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD. Também foram utilizadas pesquisas em bancos de dados nacionais.

**Palavras-chave:** Acesso, Utilização, Desempenho, Políticas de saúde.

## Lista de tabelas, quadros e figuras:

### Figuras:

Figura 1 - Modelo Proadess de avaliação de desempenho do sistema de saúde.....	30
--	----

### Quadros:

Quadro 1 – Palavras encontradas nos documentos de 2008 a 2019.....	33
Quadro 2 – Ações planejadas e realizadas de 2008 a 2011 .....	34
Quadro 3 – Ações planejadas e realizadas de 2012 a 2015 .....	40
Quadro 4 – Ações planejadas e realizadas de 2016 a 2019 .....	45
Quadro 5 - Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente/hexavalente:.....	49
Quadro 6 - Taxa bruta de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) por 1000 habitantes: .....	49
Quadro 7 - Percentual da população que consultou médico nos últimos 12 meses:....	50
Quadro 8 - Percentual da população que foi internada nos últimos 12 meses: .....	50
Quadro 9 - Percentual da população do sexo feminino de 25 a 64 anos que fez papanicolau nos últimos três anos:.....	50

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. Direito à saúde e o caminho para o acesso universal .....	12
3. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde.....	23
3.1. A regionalização e as redes de atenção da saúde: .....	27
4. Conceituando PNAD e PROADESS.....	29
5. RESULTADOS .....	32
6. CONCLUSÕES.....	51
7. REFERÊNCIAS .....	52

## 1. INTRODUÇÃO

O estudo a seguir fará uma análise das dimensões do acesso e da utilização de serviços de saúde. O conceito de utilização refere-se a toda interação que o indivíduo tem com os serviços de saúde, seja diretamente com consultas médicas, procedimentos cirúrgicos ou internações etc. O ponto principal é que todo cidadão residente do Brasil, utiliza os serviços que o Sistema de Saúde oferece, essa utilização direta, normalmente é baseada numa busca do usuário, e a continuação de seu atendimento se dá pelos profissionais da saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O acesso, que contempla um debate vasto entre os autores do tema, mas, pode ser entendido, de acordo com o predisposto na Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado” (VIACAVA et al. p.57).

O objetivo deste projeto, é fazer uma análise de desempenho do sistema de saúde, no estado do Rio de Janeiro, com base na matriz proposta pelo Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS), numa proposta adaptada para contemplar o foco desta análise, que é a dimensão do acesso. O PROADESS foi criado num contexto de uma necessidade de identificação dos pontos em que eram necessárias melhorias, a maneira que estava sendo utilizada mundialmente para que pudesse ser desenvolvido esse processo de identificação para auxiliar na gestão dos pontos que estão apresentando falhas, era por meio de uma avaliação de desempenho dos serviços de saúde. Para que fosse executada a avaliação de desempenho, foi desenvolvida uma Matriz, que contempla diversos aspectos sociais, políticos, geográficos e subjetivos dos usuários do sistema de saúde, para que seja feita uma análise completa e clara dos motivos pelos quais determinada população enfrenta determinado problema. Nesse contexto, uma das dimensões apresentadas pela Matriz do PROADESS e que será o enfoque do projeto é a dimensão do acesso. O intuito de realizar esta análise, é constatar qual a situação do Sistema de Saúde do Rio de Janeiro, e como o acesso está sendo desenvolvido pelo estado.

A justificativa para a escolha do tema diz respeito à relevância social que o estudo tem. O acesso e a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) são garantidos constitucionalmente, mas, todo direito que os cidadãos têm, devem ser cumpridos por completo, considerando a importância que os serviços de saúde pública têm para toda

sociedade, visto que o SUS, sem exceções, presta algum tipo de assistência para a população, mesmo que indiretamente. Vale ressaltar, que de acordo com um estudo realizado por Swarcwald et al (2021, p. 2525), o acesso e utilização estão diretamente atrelados a redução de mortalidade prematura, advindas principalmente de doenças crônicas, aumento de expectativa de vida com qualidade e diminuição das hospitalizações desnecessárias. O sistema deve cumprir com suas obrigações da melhor forma possível, uma avaliação de desempenho é um mecanismo para constatar os resultados do sistema e auxiliar, com elementos reais do serviço, na sua gestão. Outro fator que tem importância para pesquisa são as disparidades sociais no que tange a distribuição geográfica dos serviços de saúde, principalmente na alta e média complexidade, e a desigualdade na capacidade de acesso e utilização dos serviços de saúde por fatores sociais (UGÁ et al). Outro fator relevante são as faltas físicas para que o atendimento seja feito, como por exemplo a falta de profissionais capacitados, como aponta a pesquisa realizada no ano de 2010 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada onde em entrevistas com usuários do sistema de saúde, a principal falha encontrada foi a ausência de médicos, e da integração entre os níveis de complexidade, visto que dificilmente os usuários conseguiam sair da baixa complexidade.

O trabalho tem como objetivo geral analisar o desempenho do Sistema de Saúde do estado do Rio de Janeiro, tendo como base as dimensões do acesso e da utilização, e para atingir este objetivo, os seguintes objetivos específicos: Identificar as políticas públicas voltadas à melhoria e ampliação do acesso no estado do Rio de Janeiro, Identificar as ações propostas e implementadas pelo gestor estadual do sistema de saúde e analisar os indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Para que o objetivo 1 fosse alcançado, foi aplicada a abordagem qualitativa. Para o desenvolvimento desse projeto, foi revisada a literatura a partir de artigos científicos, utilizando para a busca os termos acesso e utilização. Foram analisados, ainda, documentos oficiais produzidos pela secretaria municipal de saúde, como o Relatório anual de gestão (RAG) e no Plano de Saúde e outros documentos indutores da política para ampliação e organização do acesso, no período de 2008 a 2019. Para o objetivo 2, foi utilizada a abordagem quantitativa, com o uso de indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro, disponíveis nos sistemas nacionais de informação e

também dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, suplemento saúde - PNAD/IBGE no período de 2008 a 2019.

## **2. Direito à saúde e o caminho para o acesso universal**

Neste capítulo será abordada a trajetória de formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve seu marco com a Oitava Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986 e o processo que veio a tornar a saúde um direito universal e garantido pelo Estado. Essa trajetória que será descrita, tem o intuito de apresentar a base que se fundamentou a formação do SUS, suas adversidades e seus contrapontos durante o período de sua criação, a fim de situar o leitor no assunto que será tratado nesta pesquisa.

Em 1964, aconteceu o golpe militar que ocorreu no Brasil, que contou com um forte autoritarismo por parte de um governo centralizado e elitizado por parte dos militares de alto escalão. Durante o período ditatorial, não havia nenhum tipo de expressão democrática no Brasil, eleições eram feitas de forma indireta, políticas sociais foram severamente reduzidas, o direito à expressão foi cerceado, não haviam oposições políticas visíveis ao povo e durante cerca de 20 anos, essa foi a realidade do país. Outro fator importante a ser citado, pois, determinará diversas atitudes tomadas pelo governo, é a submissão ao capital privado (Escorel, 2008).

No ano de 1966, foi implementada uma política de aumento de crédito para diversos tipos de investimentos, como indústrias e construção civil, a partir dos interesses do capital privado. Era um incentivo a mais para trazer fundos monetários, pois, o país oferecia além de incentivos vindos do governo, como a política citada, mão de obra extremamente barateada e de baixo custo e por conta da repressão à atividade política popular, não existia o medo do capitalista de uma possível organização de um partido de trabalhadores ou sindicatos, o que também era um fator interessante para os investidores. Com o passar dos anos, essa política veio trazendo suas consequências, a partir de certo momento, todo o investimento feito no Brasil foi se tornando demais para que a estrutura social precária da época pudesse lidar, por conta disso, no ano de 1973 iniciou-se uma crise, agravada em 1974 pela crise do petróleo. Com a crise, o proletariado se viu numa situação econômica bastante complicada, onde seus salários já não acompanhavam o preço dos alimentos (Escorel, 2008).

No ano de 1923 foi promulgada a Lei Eloy Chaves que foi a base para criação de uma previdência social no Brasil, a lei tinha como objetivo a instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Os CAPs tinham a função de garantir a aposentadoria, assistência médica em alguns casos e seguro por morte. Enquanto vigorou o sistema das CAPs, essa cobertura era restrita apenas a três tipos de trabalhadores: ferroviários, portuários e marítimos. Durante a Era Vargas, iniciou-se um processo de mudança nas CAPs, que viriam a se tornar os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no ano de 1933, que tinham uma função parecida com os CAPs, porém, com a ampliação para além dos que já faziam parte, funcionários públicos, estivadores, bancários e empregados do comércio também passam a fazer parte do público desses institutos. Antes do período ditatorial, existia uma Gestão Tripartite dos IAPs, no que tangia aos direitos dos trabalhadores assegurados, mas, com o avançar do tempo, essa forma de gestão foi dissolvida pouco a pouco, centralizando a capacidade de decisão apenas na União.

A ideia de centralizar o poder de decisão esteve bastante presente durante a ditadura, por conta disso houve a incorporação dos IAPs no então Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, criado em 1966. Com essa unificação, ocorrem algumas modificações no modelo de assistência que o INPS prestava (Escorel, 2008). Vale ressaltar que o principal prestador de serviços de saúde naquele período era a Previdência, por conta da incorporação dos IAPs que exerciam a função de prestador para os trabalhadores (Oliveira, 1982). Eram atendidos pela saúde previdenciária da época apenas os contribuintes trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes. Os que não eram contribuintes da Previdência, apenas tinham acesso às ações dos programas de saúde: (tuberculosos, materno-infantil, hansenianos, etc.) e para os que não tivessem esse perfil, apenas pagando os serviços. O conceito de “cidadania regulada” de Wanderley Guilherme (1987) explica bem como funcionava o acesso aos serviços previdenciários. A cidadania regulada era assim entendida porque apenas eram cidadãos e tinha direitos como tal, aqueles que tinham funções sociais produtivas reconhecidas por lei, a função do cidadão era algo relevante para esse julgamento, restringindo o conceito de cidadania e o limitando apenas aquelas pessoas que possuíam diante da lei uma ocupação legalizada.

Durante esse período, o INPS mostra cinco características marcantes em sua atuação, segundo Oliveira e Teixeira (1981 apud Escorel 2008, p.390) eram elas:

- “a extensão da cobertura previdenciária abrangendo todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos;”
- “o privilegiamento da prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo;”
- “o estímulo à criação de um complexo médico-industrial com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos, em decorrência da modalidade de atenção à saúde que foi privilegiada;”
- “o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado pela lucratividade do setor saúde, devido a atuação do estado como regulador do mercado de produção e consumo de serviços de saúde, por intermédio da previdência social;”
- “a organização da prática médica em moldes mais capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela, tornada possível pela interferência estatal no setor saúde.”

Após a unificação dos IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social , esta teria o papel de fazer todo o atendimento dos contribuintes, mas sob uma alegação de falta de condições para fazer tal atendimento, ocorreram contratações de empresas terceirizadas, para que pudessem cobrir as lacunas que teoricamente eles não eram capazes de atender, essa decisão foi tomada com base na Constituição Federal (CF) de 1967, na CF de 1969 e no decreto-lei 200/1968 a respeito da Reforma Administrativa, que previa que os ministérios deveriam abandonar as suas ações executivas, para privilégio do setor privado, se atendo apenas a fazer o mínimo possível e terceirizando o que fosse possível (Oliveira e Teixeira, 1986).

Por conta dessa diretriz posta por duas constituições e um decreto, a maioria dos atendimentos do INPS era feito por meio de setores privados, esse fato demonstra o quanto o setor da saúde vinha se tornando um empreendimento lucrativo para iniciativa privada. A aquisição dos serviços de saúde privados era feita com o sistema de Unidades de Serviços (US) que eram credenciadas e pagas pela Previdência, mas esse sistema de contratações de US era amplamente fraudado com atendimentos fantasmas, ações de saúde remuneradas que nunca foram feitas realmente, havia uma seleção de procedimentos, a fim de aumentar o lucro

fazendo apenas os procedimentos com maior remuneração. Como forma de ilustrar a realidade daquela época, podemos analisar o número de leitos privados no ano de 1960 que representavam 62% dos leitos totais do país, no ano de 1975 esses leitos representavam 68% dos leitos brasileiros (Escorel, 2008)

Uma opção a assistência feita pelo INPS, que tinha interesses principalmente capitalistas, era a contratação de grupos médicos, que cumpriam o papel de substituir a assistência médica prestada pela Previdência, e com isso os empresários não tinham mais a responsabilidade de pagar o INPS. O papel da Previdência para com os funcionários que recebiam a cobertura de medicinas de grupo era apenas em atendimentos de maior complexidade. Havia três programas públicos de saúde, eram eles: Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase criado em 1938), Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural criado em 1971), e o INPS (Escorel, 2008).

O Ministério da Saúde perdeu grande parte do seu papel de atuação, por não ter as diretrizes que o governo ditatorial via como rentável, por ter muitas pautas a respeito da saúde coletiva, que não era o interesse do capital privado. Com essa perda, os investimentos por parte do governo acabaram por sucatear o Ministério que ano a ano sofria com mais e mais cortes de custos e limitações em seu operacional (Escorel, 2008).

No ano de 1967, ocorreu a 4ª conferência nacional de saúde (CNS) e durante essa conferência, quatro assuntos foram apontados pelo ministro da saúde da época, Leonel Miranda, eram eles: “O profissional da saúde que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do ministério da saúde na formação de pessoal nível médio e auxiliar; responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde” (Escorel, 2008). Nessa conferência, vindo do próprio ministro da saúde, saiu uma proposta de privatização de todos os hospitais do governo e manter com o Estado apenas o papel de custear parte dos serviços de saúde enquanto a outra parte seria custeada pelos próprios pacientes. A proposta foi para teste em algumas regiões, porém, não se sustentou, devido a grande represália que sofreu, tanto dos pacientes quanto dos profissionais da previdência.

Em 1968, iniciou-se o processo de mudança na visão de como a saúde deveria ser tratada, tendo em vista fatores que antes de certa forma eram ignorados pela medicina especializada, uma nova abordagem chamada abordagem médico-hospitalar que nascia nesse

período, pensava na assistência à saúde de uma forma mais ampla, não só pensando no problema em si que a pessoa estivesse passando, mas num conjunto geral de fatores que contribuem para que determinada pessoa sofresse com algo que outra com condições sociais diferentes, não sofreria. Essa abordagem veio a ser implementada nas faculdades de Medicina na Reforma Universitária de 1968, por meio de departamentos de Medicina preventivista (DMP) e propunha essa mudança no sistema vigente. Vale ressaltar que essa visão sobre a assistência preventivista, necessitaria de uma participação direta do Estado, pois apenas dessa forma poderia se consolidar e ser de fato efetivo esse modelo. Para melhor desenvolvimento dessa conduta, por meio dos DMPs, as faculdades de Medicina, tinham sistemas de medicina comunitária, para que os profissionais que se formassem pudessem ter uma experiência sobre do que se tratava uma assistência mais completa, observando além apenas da parte biológica. A medicina preventivista, fez com que pudesse ocorrer novas formas de lidar com a saúde no Brasil, foram chamadas de experiências alternativas, que foram amplamente apoiadas tanto nacionalmente quanto internacionalmente, esses apoios fizeram ser possível que para além de uma ideia, se tornasse uma realidade possível uma medicina preventivista (Escorel, 2008). Essas experiências alternativas, organizadas em projetos que eram parte da formação dos que cursaram faculdades de Medicina naquela época e com o desenvolvimento dessa experiência, diversos aspectos iam sendo abordados, como Teixeira *et al* (1988 p.59) evidenciam no trecho a seguir “Questões como regionalização, hierarquização, racionalização do uso de recursos (utilização de tecnologia simplificada, delegação de funções para auxiliares de saúde), organização dos serviços de saúde no sentido de voltá-los às necessidades de saúde da população, democratização dos serviços pela participação popular, foram incorporadas”.

Em meados dos anos 70, estavam estruturadas três diferentes abordagens ao campo da saúde – cada uma mais desenvolvida em determinada instituição – que apresentavam padrões diferenciados de formação de recursos humanos. As três correntes de pensamento podem ser divididas segundo a conceitualização do ‘social’ em saúde: para o preventivismo, tratava-se de um conjunto de atributos pessoais como educação, renda, salário, ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais (PAIM, 1981 apud ESCOREL, 2008).

A abordagem médico social tinha como pensamento norteador, a noção de que o contexto social era um determinante para as condições de saúde e, neste sentido, os profissionais tinham o dever de agir para transformar a situação daqueles que fossem mais

vulneráveis. Por mais que essa ótica do contexto social, fosse algo a se pensar, não constituiria um movimento, da forma que o movimento preventivista se deu, portanto iniciou-se um processo de mudança dentro do próprio movimento. Com todo esse processo, pode-se observar a constituição de uma base teórica brasileira no campo da medicina preventivista, conceitos que são raízes dessa discussão como: a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Nesse momento, com essas bases criadas, a abordagem médico-social, poderia começar uma articulação política e social para que de fato, fossem consolidados e praticados os conceitos desenvolvidos pela parte teórica (PAIM, 1981 *apud* Escorel, 2008).

Os anos de regime militar estavam próximos ao seu fim, com o governo de Ernesto Geisel vigente de 1974 até 1979, que em seu mandato, fez uma série de liberações e iniciou um processo para encerrar as censuras que a ditadura militar vinha trazendo, vale ressaltar que esse processo apenas se iniciaria durante o período de Geisel no poder.

Durante o mandato de Ernesto Geisel, também houve a criação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND, 1974), que trazia uma ideia de desenvolvimento econômico atrelado ao desenvolvimento social, de forma que a sociedade pudesse ter seus direitos básicos atendidos, como saúde e educação, para além de apenas um desenvolvimento econômico exponencial sem uma preocupação com políticas sociais. O II PND atrelou tarefas a serem exercidas pelo Ministério da Saúde, com a saúde social, como a vigilância sanitária e políticas de saúde coletiva, enquanto o atendimento médico individual foi incumbido ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Com a instituição do II PND, os investimentos tanto sociais quanto econômicos nos ministérios voltados a saúde individual e coletiva foram aumentados, possibilitando uma maior cobertura dos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde (Escorel, 2008)

Ainda no ano de 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA) foi instituído, e tinha como objetivo ampliar a cobertura de atendimentos para aqueles não assegurados pela Previdência, com ênfase nos casos emergenciais, quem faria o custeio desses atendimentos seria a própria Previdência Social de acordo com a necessidade do usuário. Com a criação do PPA, houve um crescimento considerável no setor ambulatorial, que foi bastante positivo na época para aqueles que não tinham a cobertura previdenciária (Escorel, 2008).

Durante os anos Geisel, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde, 5º e 6º conferências. Na quinta conferência, que ocorreu em 1975, a ênfase foi a criação de uma política de saúde mais ampla, esta teve o efeito de incentivar o Ministério da Saúde a criar novas medidas de inclusão em seus programas de saúde, como o programa de imunização. Principalmente a área rural foi pensada nesse momento, por conta de uma forte dificuldade que as áreas rurais tinham de receber atendimentos médicos, devido principalmente a parte logística. A sexta conferência de 1977 teve seu foco em combater as endemias que aconteciam naquele período, e o processo de interiorizar as políticas e serviços de saúde da época (Escorel 2008).

Com a série de mudanças que vinham ocorrendo devido às medidas que o governo Geisel tomou, surgiu um embrião de um movimento sanitário, composto por muitos profissionais de saúde que tinham como objetivo não apenas mudar certas atitudes na área da saúde, mas fazer uma reforma no cenário desde a base, para que a saúde de toda sociedade pudesse ser melhorada, e para todos os brasileiros (Escorel 2008).

De dentro desse movimento sanitário, surgiram as Semanas de Estudos de Saúde Comunitária (Sesac, 1974), que buscava reunir pessoas para que houvesse um debate sobre o assunto e que pudesse ser difundido o pensamento de políticas sociais abrangentes para toda sociedade, propagando também o que foi chamado de "consciência sanitária" definido por Giovanni Berlinguer (1978) como "a ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade". Houve três grandes experiências institucionais pré reforma sanitária, mas utilizando-se dos moldes que haviam sido idealizados para elas: o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), o programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (Piass) e o Projeto Montes Claros (PMC). O Plus, foi criado com a missão de aumentar a capacidade física da assistência médica que era fornecida pela previdência social. Para atingir seu objetivo, foram feitos estudos em diversas regiões para apontar quais eram as faltas e os excessos de leitos e hospitais. Já o PMC, teve como principal propósito implementar um plano de planejamento familiar em Minas Gerais, e logo se expandiu para outras regiões brasileiras. Por fim, o Piass teve como fim levar a saúde, por meio de uma estruturação básica no território, a pequenas comunidades do nordeste, mais especificamente até vinte mil habitantes. Essas três experiências institucionais trouxeram para prática alguns dos conceitos que iriam reger a reforma sanitária

que era proposta, e tiveram êxito na maioria de sua execução, fato esse que impulsionou o movimento sanitarista (Escorel 2008).

Em 1980, na sétima conferência nacional de saúde teve como questão norteadora a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Essa conferência visava a implementação do Prevsáude, que iria fazer uma integração ou articulação entre os ministérios da saúde e da previdência social, inicialmente para olhar a atenção básica de saúde (Escorel, 2008).

## **2.1 O sistema Único de saúde – seus princípios e diretrizes**

No ano de 1986, viria a acontecer a oitava conferência nacional de saúde, suas pautas seriam de suma importância para o que se sucedeu na saúde brasileira, eram elas “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”, foi um momento marcante na história da saúde pública, pois iria reunir todo caminhar do movimento sanitário até então, suas experiências institucionais, para iniciar um novo ciclo, uma saúde sem aquele olhar excludente, que a previdência trouxe por muitos anos (Escorel, 2008). Naquele contexto da oitava conferência, viria a ser instituído o Sistema Único de Saúde, que teria princípios básicos que iriam reger aquele sistema recém formado, que eram a Universalidade, Integralidade e Equidade como princípios doutrinários e regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular como princípios organizativos.

No que se refere aos princípios doutrinários, há a Universalidade, que é a garantia de que a saúde é um direito civil de todos, e o Estado deve cumpri-lo, assegurando todo tipo de assistência necessária a qualquer cidadão independente de qualquer característica física, social ou ocupacional. Partindo do pressuposto que, qualquer cidadão tem o direito de ter serviços de saúde fornecidos pelo Estado, tem-se a necessidade de, além de ter esse suporte, que ele seja integral, e é nesse ponto que entra o princípio da Integralidade, que visa assegurar que o atendimento recebido, perpassa por todo contexto biopsicossocial do indivíduo, isto é, que toda necessidade que haja, e seja garantida a continuidade do cuidado, o acesso aos serviços de saúde requeridos a cada caso. Uma análise rápida da sociedade brasileira, é capaz de revelar grandes disparidades sociais, em resposta disso, o princípio da Equidade tem como objetivo criar modos de lidar com as pessoas, de acordo com seu contexto social, tendo em

vista os usuários com situações sociais mais e menos favoráveis, para que assim eles possam ser atendidos de acordo com suas necessidades de forma equilibrada pela perspectiva social de cada um, ou seja Equidade pode ser resumida tratando desiguais de forma desigual portanto, mais para quem necessita mais. Durante sua formação, desde o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a forma organizacional do sistema passou por diversas mudanças e experiências, a fim de otimizar sua funcionalidade, e essas experiências passadas, foram importantes para a definição dos princípios organizacionais que iriam ser vigentes no SUS, para iniciar esse processo, foi necessária a Descentralização e o Comando Único do Sistema de Saúde, que nada mais é do que dividir o poder administrativo e operacional em três níveis organizacionais, e garantir autonomia para que cada esfera responsável pela gestão do SUS, seja soberana para tomada de atitudes pertinentes ao território. Com o advento da descentralização, a necessidade de aproximar a gestão dos cidadãos era precisa, afinal o melhor avaliador do sistema, é seu próprio usuário. O processo de municipalização, fez divisões do território, para que fosse possível analisar de maneira eficaz as necessidades de cada grupo e solucionar de maneira mais específica e ágil, e como já citado, o SUS é para todos e deve suprir todas as necessidades que os usuários tenham, por conta disso, foi criado o princípio da Regionalização, que se trata de um mecanismo de integração entre territórios, a fim de que todos tenham a possibilidade de fazer o atendimento completo de acordo com a demanda solicitada. Para que a regionalização tenha uma lógica de funcionamento sustentável, Hierarquização dos serviços de saúde se fez necessária, esse princípio prevê que, as ações de saúde devem ser divididas entre: atenção primária, secundária e terciária; cada município tem o dever de suprir indubitavelmente a atenção primária, visto que é a porta de entrada para o sistema, e a forma de encaminhamento para as demais níveis de atenção, já a alta e média complexidade, é a parte que entra na questão das pactuações entre municípios que tenham o serviço e os que não tem o que estiver sendo demandado. Por fim, para que toda essa divisão de poder gerencial seja realmente eficaz para os afetados por ela, os usuários, o princípio da Participação Popular tem como objetivo garantir a atuação dos cidadãos diretamente na gestão do SUS, agindo no controle, planejamento, execução e monitoramento do andamento do sistema (CESAR et al. 2017).

De fato, o sistema teve mudanças significativas para a sociedade, visto que a medicina pública quando era regida pelos CAPs, por exemplo, era excludente e pouco resolutiva, e

atualmente, com a instituição do SUS com seus princípios, a saúde se tornou universal para todos, O SUS oferece serviços de saúde para 213.317.639 pessoas, tem aproximadamente 8.870 hospitais e realiza 11.474.389 internações/ano. Porém, o sistema tem seus problemas, visto que o Brasil em si tem diversos problemas sociais, políticos e financeiros, com a institucionalização de um sistema de saúde público e aberto a todos, novas questões a respeito da gestão pública na área da saúde, isto é o sistema de saúde pública sofreu uma mudança extremamente drástica em relação ao que era antes da instituição do SUS, por conta disso, existe uma longa caminhada para a adequação e evolução para que o sistema funcione de uma maneira cada vez melhor. Alguns dos problemas visíveis segundo Barata, Tanaka e Mendes (2003):

- “necessidades de saúde "elásticas" e recursos de financiamento "finitos"
- “garantia da equidade no sistema”
- “aperfeiçoamento gerencial no SUS”
- “recursos humanos na saúde e humanização do atendimento”

O SUS, foi instituído em 1988, até este ano, a assistência médica era dependente de contribuições previdenciárias, e ainda assim eram bastante limitadas, com a institucionalização do sistema, houve uma severa mudança na parte econômica em relação a saúde pública pois, a saúde deixou de ser dependente de uma contribuição financeira e passou a se tornar aberta a qualquer cidadão, apenas nessa situação já existe uma grande questão econômica para o Estado, porém, com o passar do tempo, cada vez mais os serviços de saúde se tornam custosos para o governo por conta do aumento populacional, envelhecimento da população, desenvolvimento de novas tecnologias na medicina, entre outros fatores. Por conta disso, o financiamento para o setor da saúde vem cada vez mais diminuindo e sua necessidade de recursos financeiros aumentando, o que causa uma grande dificuldade na gestão do SUS, visto que não é possível cumprir com as demandas, sem insumos, tecnologias e profissionais capacitados para as funções necessárias. Portanto, a situação que o sistema vive é de inúmeros cortes e reajustes constantes nos planejamentos, por falta de recursos financeiros e por conta disso, contrariando a responsabilidade financeira que as três esferas de gestão do SUS contém, deixando a desejar com suas obrigações com a sociedade em diversos momentos (Barata et al. 2003).

O Sistema Único de Saúde, prevê a regionalização como ferramenta de gestão, que visava auxiliar com o problema que havia em relação às necessidades que as diferentes regiões apresentavam, o processo da municipalização que foi o processo de divisão do território em municípios, para que cada município tenha autonomia e capacidade de avaliar seus pontos fortes e fracos, e os solucionar em dada necessidade aconteceu juntamente com a descentralização, que justamente iria conferir capacidades decisórias para os municípios mas, por uma gestão mal planejada, o processo de regionalização não caminhou junto com esses outros processos, por conta disso criou um forte atraso nessa questão. A regionalização também prevê pactuações e acordos para que todos os municípios pudessem caminhar juntos, e aqueles que tivessem condições, auxiliarem na assistência médica, principalmente em alta e média complexidade de pequenos municípios por exemplo, ou até mesmo de municípios de grande porte, em casos que fossem necessárias intervenções mais especializadas. O problema se dá quando a municipalização, não caminha com a lógica da regionalização pois, nem todos os territórios têm capacidades físicas para atender a demanda que é solicitada, dessa forma quando não são capazes de cumprir as requisições a contento diretamente afeta os princípios doutrinários do sistema como a equidade e integralidade. Portanto, a municipalização é sim um mecanismo bastante efetivo para gestão do SUS, porém, não sozinha, deve-se utilizar os meios que estão previstos nos próprios princípios organizacionais do sistema de maneira estratégica, levando esse problema aos gestores que necessitam de uma formação mais especializada no assunto, para que seja solucionado ao menos essa questão apresentada (Barata et al. 2003).

Outra questão é a falta de revisão da legislação na área da saúde, principalmente na parte financeira. Hospitais conveniados com o SUS, a chamada saúde complementar, que recebe financiamento público para fazer o atendimento juntamente com o SUS, tem passado por muitas dificuldades financeiras por conta de um auxílio monetário insuficiente para as funções que cumpre para sociedade. são necessárias diversas mudanças no âmbito da gestão do sistema, tanto na parte do planejamento, quanto na parte operacional, existem certas ferramentas dentro da lei que podem mitigar parte dos problemas, mas, uma revisão de algumas medidas legislativas seria de grande ajuda (Barata et al. 2003).

Juntamente com uma profissionalização técnica dos profissionais de saúde, principalmente da área da gestão, existe a necessidade de humanização dentro do SUS, que

seriam práticas mais acolhedoras aos usuários, trazendo mais comodidades e conforto em momentos difíceis, unificar mais a população com os profissionais de saúde, ter o espaço de escuta das demandas sociais respeitado de fato. Para além de uma gestão eficiente, uma gestão pensada para a sociedade em si, afinal a missão do SUS é atender e zelar pela população brasileira da melhor forma possível sempre, melhorar as formações em gestão em saúde e valorizar os profissionais da área é de suma importância, visto que a única maneira de alcançar uma organização harmoniosa é por meio dos profissionais competentes da área. “A necessidade de humanização faz assim lembrar uma verdade muitas vezes esquecida: os recursos humanos representam o mais importante "insumo" da saúde” (Barata et al. 2003).

### **3. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde**

O capítulo a seguir, terá o intuito de introduzir e discorrer sobre a discussão dos conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, com ênfase na saúde pública e apresentar de forma mais aprofundada, como a regionalização e a formação de redes de atenção conseguem contribuir para melhoria do funcionamento do acesso aos serviços de saúde.

O conceito de acesso, à primeira vista, aparenta ser simples, porém, não há consenso entre os estudiosos a respeito de seu significado e atributos, por mais que haja pontos onde se tem concordância, detalhes cruciais são debatidos por diversos estudiosos da área. Majoritariamente, o acesso é visto como aspectos que permitem a oferta dos serviços aos usuários, levando em consideração também a subjetividade dos usuários. A utilização dos serviços de saúde se trata da parte mais prática do acesso, sendo o que definiria o uso em si dos serviços de acordo com as necessidades de cada indivíduo. A utilização é parte do conceito do acesso, mas, o seu significado é ainda mais amplo e complexo do que apenas a parte do uso dos serviços, pode-se entender o uso como um subitem do conceito geral de acesso (Travassos, Claudia e Martins, 2004).

Utilizar os serviços de saúde se trata de toda interação que o indivíduo tem, independente se foi de forma direta, por meio de consultas marcadas pelo usuário indiretamente, por meio de diagnósticos, exemplificando. O contato inicial, geralmente se dá do usuário com os serviços de saúde, a partir desse relacionamento, o profissional de saúde

em caso de necessidade irá guiar o usuário a partir dali dentro do serviço de saúde. Travassos e Martins, expõem os principais fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde:

Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação).

Como salientado anteriormente, o acesso é um termo bastante complexo, quando citado no contexto dos serviços de saúde. A discussão a respeito do termo se inicia até mesmo em como ele é reconhecido, alguns autores o identificam como acessibilidade que segundo o dicionário Dicio, significa “Qualidade do que é acessível, do que tem acesso”, já outros autores utilizam diretamente do termo acesso, que significa “Capacidade ou aptidão para obter algo relativamente difícil; ingresso; ação ou oportunidade de entrar ou de sair; chegada ou entrada”. Outra variação no fundamento do termo é a respeito do significado central dele, a discordância acontece entre se o acesso deve ser baseado na oferta de serviço, ou na relação que os usuários têm com a oferta. Há também a discussão a respeito de como identificar a qualidade do acesso, se seria focada apenas no resultado final, ou em todo seu processo (Travassos e Martins, 2004).

A seguir, será apresentado um recorte da discussão entre autores a respeito dos termos acesso, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde.

Donabedian (1973 *apud* Travassos e Martins), utiliza-se do termo acessibilidade, e o define como aptidão do sistema de saúde para atender as demandas de oferta de serviço da sociedade, mas, expande esse conceito também para entender e explicar as dificuldades e facilidades para executar a oferta, seja ela a contento ou não, e os motivos para que seja dessa forma. Donabedian determina duas variáveis para a acessibilidade, são elas “ a sócio-organizacional e a geográfica” e estabelece relações entre elas, resumidamente, a sócio-organizacional, trata-se de tudo que possa interferir na acessibilidade como políticas públicas

ou pactos sociais informais, exceto os fatores geográficos que são explicados pela variável geográfica, que e toda interferência que a geografia local, possa oferecer, como a dificuldade de acessar postos de saúde por determinados grupos, ou a falta de serviços de transporte. Por fim, Donabedian, em sua definição de acessibilidade, exclui os fatores individuais, como a condição social, mental ou econômica dos usuários mas, inclui fatores importantes, como a não delimitação do termo apenas ao ato de utilizar os serviços, mas adiciona também a parcela de responsabilidade dos profissionais de saúde, de serem bem capacitados, para atender da melhor forma os usuários do serviço de saúde sabendo diferenciar a situação de cada indivíduo, a fim de contribuir com a equidade do atendimento (Travassos e Martins, 2004).

Para Andersen (1995 *apud* Travassos e Martins), que adota o termo acesso, trata-se do processo de ingresso e continuidade do atendimento nos serviços de saúde por parte dos usuários. diferente de Donabedian, o acesso é desenvolvido a partir principalmente de questões individuais, e do ambiente em que os usuários normalmente se encontram, são chamados de fatores predisponentes, ou seja, que afetam o usuário antes do problema de fato instaurado. Como Donabedian, Andersen vê o acesso como uma importante característica que determina a utilização dos serviços de saúde. Com o avançar do estudo a respeito do acesso, o autor dividiu o termo em duas partes: Acesso Potencial e Acesso Realizado. O acesso potencial se trata das pessoas que por fatores predisponentes, estão propensas a realizar uma interação com o serviço de saúde e o acesso realizado, trata-se do uso de fato dos serviços, sendo por conta dos fatores predisponentes ou não. Após mais análises, mais dois conceitos são integrados em sua visão a respeito do acesso, são eles: Acesso Efetivo e Acesso Eficiente. Acesso Efetivo “resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços” e Acesso Eficiente “refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.” (ANDERSEN 1995 *apud* Travassos e Martins, 2004).

Para este autor, a presença de outros preditores do uso, além da necessidade de saúde e dos fatores demográficos (predisponentes), denota uma situação de iniquidade. Aponta também que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso (Travassos e Martins, 2004 p.03)

Pechansky & Thomas (1981 *apud* Travassos e Martins, 2004), que adotam o termo acesso, tem uma perspectiva baseada na formulada por Donabedian. Porém, apresentam novos aspectos para esse conceito. Apresentam uma série de subdivisões para o termo, são elas: disponibilidade, que diz respeito à capacidade do sistema de oferecer o acesso ao usuário; acessibilidade, se refere a localização dos serviços em relação aos que necessitam; acolhimento, é a capacidade de ajuste do sistema para receber o usuário; compra, relaciona-se com a aptidão das pessoas poderem adquirir o serviço e; aceitabilidade, relacionada à competência do profissional de saúde a se adequar às especificidades de cada pessoa (Penchansky & Thomas (1981 *apud* Travassos e Martins, 2004). A maioria dos autores tem preferência por não adotar tantas dimensões, por conta disso não é tão aceita entre estudiosos (Travassos e Martins, 2004).

Frenk (1985 *apud* Travassos e Martins, 2004) baseado no conceito de acessibilidade formulado por Donabedian, acrescenta alguns elementos. sendo os principais a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários da seguinte maneira “(necessidades de saúde ⇒ desejo de obter cuidados de saúde ⇒ procura ⇒ entrada nos serviços ⇒ continuidade dos cuidados” (FRENK 1985 *apud* Travassos e Martins, 2004) *apud* Travassos, e Martins, 2004). A maneira com que se dá o “desejo de obter cuidados de saúde” pode ser entendida pelo conceito formado por Andersen de fatores predisponentes. Frenk (1985 *apud* TRAVASSOS E MARTINS, 2004) entende acessibilidade como “a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados” desta maneira pode-se entender os obstáculos como diversas situações na vida do indivíduo, para além da disponibilidade de serviços, por exemplo, complicações classificadas como ecológicas, financeiras e organizacionais, no trecho a seguir, Frenk (1985, *apud* Travassos e Martins, 2004) explica o que são poderes e resistências dentro de sua concepção de acessibilidade.

Frenk desenvolve o conceito de acessibilidade pela ideia de complementaridade entre características da oferta e da população. Para esse autor, acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados ("resistência") e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos ("poder de utilização"). A resistência inclui aqueles impedimentos que não se referem à mera disponibilidade de serviços, condição *sine qua non* do uso. Esses obstáculos (resistência) são classificados como ecológicos, financeiros e organizacionais. De forma correspondente, o poder da população é discriminado em poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. (Frenk 1985, *apud* Travassos e Martins, 2004 p.04)

As resistências e os poderes de uso são associados por Frank para compreender a acessibilidade e qualificar de certa forma como ela está acontecendo (FRENK 1985 *apud* Travassos e Martins, 2004).

O *Institute of Medicine* (1993 *apud* Travassos e Martins, 2004) (Instituto de Medicina - IOM) tem a seguinte definição para acesso “o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível”, isso significa que o fator central do termo perde a importância central do processo e passa a ser medido a partir dos resultados atingidos, o objetivo para que haja um acesso bom, é que o momento e os recursos utilizados no atendimento sejam calculados e executados da melhor maneira, tal como Donabedian previa no conceito de acessibilidade. O acesso passa a ser de certa forma um sinônimo de “uso”, devido a explicação atrelada a ele, mas, o uso como sinônimo se trata de um uso ideal, nas melhores condições de tempo e resolutividade. O problema dessa definição é que tratamentos preventivos e terapias, por exemplo, não têm a eficácia ideal para se categorizar como um bom acesso ou uso. Pode-se entender o conceito de acesso do IOM bastante parecido com o conceito de “acesso efetivo” proposto por Andersen.

Starfield (2002 *apud* Travassos e Martins, 2004) propõe uma diferenciação entre acesso e acessibilidade, acessibilidade se trata das especificações da oferta dos serviços, para os usuários, e acesso é a forma que os usuários recebem a oferta. Vale ressaltar que essa visão, pressupõe uma diferença na forma que as pessoas percebem a oferta dos serviços de saúde, por exemplo por motivos sociais, culturais ou financeiros (Travassos e Martins, 2004).

Este projeto, trabalhará, com a definição de acesso, disponível na matriz conceitual do PROADESS, devido a proposta de fazer uma avaliação de desempenho, nos moldes estabelecidos na matriz, o conceito é definido como “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado” (VIACAVA *et al.*, 2012).

### **3.1. A regionalização e as redes de atenção da saúde:**

Antes do SUS, o poder decisório sobre todas as atividades do Sistema de Saúde pública partia diretamente da União, e o município apenas as executava, sem ter poder para decidir como atender suas necessidades locais. Com a Descentralização do Sistema de saúde, o poder decisório deixou de ser centralizado na União, e vai em direção ao município, de

forma que a partir daquele momento, os municípios decidiram e julgariam quais ações de saúde seriam mais adequadas para sua população (PEREIRA, 2015).

A Regionalização é resumidamente uma maneira de divisão do território, com base em diversos fatores como a localização, cultura e economia, para delimitar regiões de saúde, que tem como finalidade de organizar o acesso de determinada população, visto que, ao agrupar uma região pelas suas afinidades, as pessoas presentes ali terão um perfil epidemiológico parecido, logo, as decisões que seriam tomadas, estariam sendo mais acertadas para população que as receberiam (PEREIRA, 2015).

Ainda em caráter organizacional, o SUS em suas diretrizes tem a Hierarquização, que é a definição de níveis de atenção os serviços disponibilizados pelo Sistema, os níveis são: Atenção básica, que são as Unidades de Saúde Básica principalmente; atenção secundária, que são os serviços especializados, atenção terciária, que são os atendimentos em hospitais, os serviços prestados são por exemplo oncologia e transplantes (PEREIRA, 2015).

As redes de atenção à saúde (RAS), organizam os fluxos que o paciente pode ter dentro do sistema de saúde, mediante a sua demanda, a fim de que todo serviço que o SUS possa prestar ao indivíduo seja feito da forma mais rápida, para que isso seja possível, esses fluxos podem perpassar regiões de saúde, até mesmo estados, para que o usuário tenha acesso a tudo que o SUS tem a oferecer. Essas redes, podem ser entendidas como teias, onde um usuário pode passar por diversos pontos de atenção à saúde. as RAS preveem pactuações entre municípios e estados, a fim de garantir que todo usuário do sistema tenha acesso a todos os níveis de atenção propostos, essas pactuações se tratam de acordos firmados por um lado que detém o serviço necessário, e o que necessita daquele serviço, o requisitante arca com as despesas daquele procedimento e o requisitado fica com a execução, os requisitados são chamados de municípios de referência, isso significa que eles detém determinado serviço de média ou alta complexidade que pode ser necessário para outras regiões que não possuem oferta. Vale ressaltar que, o processo de criação de redes de atenção, foi tardio, por conta disso, antes que essa ferramenta do SUS fosse implementada, aconteceu uma grande disputa entre municípios por financiamento, para que pudesse se tornar “autossuficiente” podendo atender todos os níveis de complexidade, isso trouxe consequências em relação a organização do sistema em caráter físico, isto é, a distribuição de unidades de atendimento não aconteceu da melhor forma possível, causando problemas de economia em escala, pois municípios

continham um grande número de pontos de atendimento, e não havia população o suficiente para que aquelas unidades tivessem um custo por atendimento menor (PEREIRA, 2015).

Para que ocorram os atendimentos da média e alta complexidade, fez-se necessário um intermédio entre a unidade de referência, e o usuário, para que este indivíduo não ficasse perdido sobre para onde ir, esse intermédio é feito pelo ente público por meio de uma Central de Regulação, responsável por fazer a ponte entre o cidadão que necessita de um serviço especializado, e unidade que pode oferecer esse serviço. A regulação existe, para pôr em ordem o acesso a média e alta complexidade, isto é, para alcançar essa parte do SUS, é necessário passar por uma fila, organizada pelas centrais de regulação, de certa forma, essa forma de organização pode sim auxiliar na gestão de pacientes, mas, também é uma porta complicada dentro do sistema de saúde, visto que as filas tem um tempo de demora normalmente bastante elevado (PEREIRA, 2015).

#### **4. Conceituando PNAD e PROADESS**

A partir de agora, o assunto tratado será um modelo de avaliação do sistema de saúde, e uma pesquisa a respeito da condição de saúde da população sendo eles respectivamente o PROADESS (Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde) e a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). O objetivo será conceituá-los, de maneira clara, para que eles auxiliem na produção da pesquisa deste trabalho.

O PROADESS, é um projeto que tem como objetivo, avaliar o Sistema de Saúde, tendo um olhar sobre quais são as obrigações do SUS em relação aos seus usuários, com o intuito de auxiliar na identificação de deficiências dentro dos serviços de saúde. Conta com alguns fatores primordiais para que a análise seja feita, são eles os determinantes sociais, políticos e econômicos, esses aspectos vão perpassar todos os indicadores que foram escolhidos como pertinentes para verificação da performance do sistema (VIACAVA et al., 2012).

Para elaboração da avaliação de desempenho, foi formulada uma Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde (Figura 1), que engloba todos os indicadores que os pesquisadores avaliaram como pertinentes. A matriz é dividida em quatro grandes dimensões, são elas: Determinantes da saúde, Condições de saúde da população, Sistema de Saúde e Desempenho dos serviços de saúde. Perpassando todos os

conjuntos de indicadores, há a Equidade (esse conceito se trata de o tratamento do indivíduo ser feito de acordo com sua situação, oferecendo um suporte maior aos mais vulneráveis e menor aos que tem uma condição social mais favorável), um dos princípios doutrinários do SUS, sinalizando que todas as dimensões devem ser analisadas tendo a ótica da equidade (VIACAVA et al., 2012).

**Figura 1 - Modelo Proadess de avaliação de desempenho do sistema de saúde.**



Cada uma das grandes dimensões, engloba um conjunto de indicadores dentro de uma determinada definição. A seguir será conceituado cada um dos quatro itens:

Determinantes da Saúde - Determinantes da saúde, são os fatores, físicos e sociais, que interferem na saúde dos indivíduos, de maneira que, um conjunto de condições, exemplo

a moradia, o emprego, onde se localiza a residência do cidadão, são importantes para análise dos determinantes.

Condições de Saúde da População - A condição de saúde da população, é uma dimensão que averigua, qual o estado dos cidadãos, em relação a saúde deles, e como o Estado está cumprindo seu papel de suprir as necessidades de seus habitantes.

Sistema de Saúde - A parte que compete ao Sistema de Saúde, se divide em dois segmentos, Condução e Estrutura. Condução é a maneira que o Estado coordena os seus serviços de saúde, para que a população tenha suas necessidades sanadas, dentro do que o governo se dispôs a suprir. Já a estrutura, se trata da maneira com que o poder público gerencia as demandas no caráter físico, isto é, quem será delegado para atender os pacientes, e se essa delegação está sendo feita de maneira positiva para os usuários e para o próprio Estado.

Desempenho dos Serviços de Saúde - Desempenho dos serviços de saúde, vai analisar como o sistema está se saindo em seus atendimentos, relacionando sua qualidade aos outros serviços de mesma natureza para qualificar como está sendo o desempenho do sistema de saúde.

Já o PNAD, tem o intuito de gerar informações relevantes sobre a população de uma forma geral, como por exemplo como vivem os moradores de determinada localidade, como são suas residências, como aqueles moradores fazem para se manter financeiramente, são importantes para compreender a situação dos Determinantes sociais da saúde, e nesse segmento, também gera importantes informações sobre a condição de saúde da população, Claudia Travassos (2008), ressalta os principais aspectos observados pelo PNAD no trecho a seguir “A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é uma fonte de dados importante para o conhecimento e monitoramento de aspectos relevantes da situação de saúde da população brasileira e do acesso, utilização e financiamento de serviços de saúde.” (TRAVASSOS et al, 2008).

A PNAD trabalha com entrevistas em domicílio, que acontecem anualmente, em cerca de 110.000 residências por todo Brasil. Os questionários têm a função de coletar informações a respeito da residência dos entrevistados, por exemplo se a casa tem saneamento básico, quantos quartos há, se há automóveis, e individualmente de cada um, exemplos de perguntas são a escolaridade, fecundidade, renda.

Dentro da PNAD, há um Suplemento de pesquisa, acontece de cinco em cinco anos e tem seu foco de pesquisa dinâmico, isto é, são assuntos mais maleáveis do que a pesquisa principal, dessa forma, tratam de assuntos que possam ser pertinentes para aquele momento como o estado da saúde dos entrevistados, onde se questiona a respeito da procura por atendimento médico, se houveram morbidades, danos à saúde de alguma forma, como uma fratura ou alguma doença incapacitante para que o indivíduo ficasse incapaz de manter sua rotina normal, entre outros assuntos. Em 2008, o suplemento de Acesso e Utilização dos serviços de saúde constituem o terceiro e quarto bloco de perguntas, descritos por Claudia Travassos (2008) no trecho a seguir: “O terceiro e quarto blocos permitem gerar indicadores de acesso e uso dos serviços de saúde pela população. Um indicador de acesso é obtido a partir da frequência com que os indivíduos referem ter um serviço de saúde ao qual normalmente recorrem quando necessitam de atendimento.”. No ano de 2009, o MS transformou o suplemento de saúde na atual Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), devido a relevância do tema e dos dados gerados, e foi feita pela primeira vez no ano de 2013 e ocorre de forma quinquenal (Ministério da Saúde).

## **5. RESULTADOS**

Para que seja feita a análise, serão examinados, três tipos de documentos de gestão em saúde do período compreendido de 2008 até 2019, são eles: plano estadual de saúde (PES), programação anual de saúde (PAS) e relatório anual de gestão (RAG). essas três ferramentas de gestão, foram instituídas pela portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 do Ministério da Saúde (MS), que no ano de 2013, viria a ser substituída pela portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

A seguir, foi compilado algumas as ações feitas de 2008 até 2019, retiradas dos seguintes documentos: Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, a respeito de ampliação do acesso, uma pesquisa feita com auxílio de palavras chave que remetem a essa expansão do acesso. As palavras foram: Acesso, Ampliar, Construir, Reformar e variações das mesmas.

Abaixo segue uma planilha contendo a quantidade de vezes que cada palavra pesquisada foi encontrada em cada documento.

**Quadro 1 – Palavras encontradas nos documentos de 2008 a 2019**

<b>Palavras</b>	<b>PES</b>	<b>PAS</b>	<b>RAG</b>
<b>ACESSO</b>	<p>Aparece 43 vezes no PES 2008 - 2011.                      Aparece 76 vezes no PES 2012 - 2015.                      Aparece 74 vezes no PES 2016 - 2019.</p>	<p>Aparece 13 vezes PAS 2010.                      Aparece 13 vezes no PAS 2011.                      Aparece 15 vezes no PAS 2012.                      Aparece 10 vezes no PAS 2013.                      Aparece 5 vezes no PAS 2014.                      Aparece 12 vezes no PAS 2015.                      Aparece 7 vezes no PAS 2016.                      Aparece 14 vezes no PAS 2017.                      Aparece 13 vezes no PAS 2018.                      Aparece 19 vezes no PAS 2019.</p>	<p>Aparece 18 vezes no RAG 2008.                      Aparece 18 vezes no RAG 2009.                      Aparece 15 vezes no RAG 2010.                      Aparece 32 vezes no RAG 2011.                      Aparece 31 vezes no RAG 2012.                      Aparece 40 vezes no RAG 2013.                      Aparece 37 vezes no RAG 2014.                      Aparece 62 vezes no RAG 2015.                      Aparece 14 vezes no RAG 2016.                      Aparece 27 vezes no RAG 2017.                      Aparece 25 vezes no RAG 2018.                      Aparece 46 vezes no RAG 2019.</p>
<b>REGULAR</b>	<p>Aparece 48 vezes no PES 2008 - 2011.                      Aparece 23 vezes no PES 2012 - 2015.                      Aparece 65 vezes no PES 2016 - 2019.</p>	<p>Aparece 11 vezes no PAS 2010.                      Aparece 8 vezes no PAS 2011.                      Aparece 27 vezes no PAS 2012.                      Aparece 7 vezes no PAS 2013.                      Aparece 8 vezes no PAS 2014.                      Aparece 9 vezes no PAS 2015.                      Aparece 4 vezes no PAS 2016.                      Aparece 7 vezes no PAS 2017.                      Aparece 8 vezes no PAS 2018.                      Aparece 12 vezes no PAS 2019.</p>	<p>Aparece 29 vezes no RAG 2008.                      Aparece 24 vezes no RAG 2009.                      Aparece 14 vezes no RAG 2010.                      Aparece 21 vezes no RAG 2011.                      Aparece 45 vezes no RAG 2012.                      Aparece 41 vezes no RAG 2013.                      Aparece 44 vezes no RAG 2014.                      Aparece 55 vezes no RAG 2015.                      Aparece 8 vezes no RAG 2016.                      Aparece 30 vezes no RAG 2017.                      Aparece 14 vezes no RAG 2018.                      Aparece 19 vezes no RAG 2019.</p>
<b>CONSTRUIR</b>	<p>Aparece 20 vezes no PES 2008 - 2011.                      Aparece 21 vezes no PES 2012 - 2015.                      Aparece 40 vezes no PES 2016 - 2019.</p>	<p>Aparece 5 vezes no PAS 2010.                      Aparece 8 vezes no PAS 2011.                      Aparece 19 vezes no PAS 2012.                      Aparece 6 vezes no PAS 2013.                      Aparece 7 vezes no PAS 2014.                      Aparece 14 vezes no PAS 2015.                      Aparece 16 vezes no PAS 2016;                      Aparece 32 vezes no PAS 2017                      Aparece 21 vezes no PAS 2018.                      Aparece 27 vezes no PAS 2019.</p>	<p>Aparece 12 vezes no RAG 2008.                      Aparece 10 vezes no RAG 2009.                      Aparece 15 vezes no RAG 2010.                      Aparece 15 vezes no RAG 2011.                      Aparece 25 vezes no RAG 2012.                      Aparece 22 vezes no RAG 2013.                      Aparece 21 vezes no RAG 2014.                      Aparece 44 vezes no RAG 2015.                      Aparece 17 vezes no RAG 2016.                      Aparece 64 vezes no RAG 2017.                      Aparece 27 vezes no RAG 2018.                      Aparece 38 vezes no RAG 2019.</p>
<b>REFORMAR</b>	<p>Aparece 6 vezes no PES 2008 - 2011.                      Aparece 0 vezes no PES 2012 - 2015.                      Aparece 16 vezes no PES 2016 - 2019.</p>	<p>Aparece 1 vezes no PAS 2010.                      Aparece 1 vezes no PAS 2011.                      Aparece 6 vezes no PAS 2012.                      Aparece 2 vezes no PAS 2013.                      Aparece 1 vezes no PAS 2014.                      Aparece 3 vezes no PAS 2015.                      Aparece 4 vezes no PAS 2016.                      Aparece 6 vezes no PAS 2017.                      Aparece 3 vezes no PAS 2018.                      Aparece 2 vezes no PAS 2019.</p>	<p>Aparece 3 vezes no RAG 2008.                      Aparece 1 vezes no RAG 2009.                      Aparece 1 vezes no RAG 2010.                      Aparece 6 vezes no RAG 2011.                      Aparece 8 vezes no RAG 2012.                      Aparece 5 vezes no RAG 2013.                      Aparece 5 vezes no RAG 2014.                      Aparece 15 vezes no RAG 2015.                      Aparece 8 vezes no RAG 2016.                      Aparece 16 vezes no RAG 2017.                      Aparece 9 vezes no RAG 2018.                      Aparece 5 vezes no RAG 2019.</p>
<b>AMPLIAR</b>	<p>Aparece 29 vezes no PES 2008 - 2011.</p>	<p>Aparece 45 vezes no PAS 2010.                      Aparece 55 vezes no PAS 2011.                      Aparece 21 vezes no PAS 2012.</p>	<p>Aparece 14 vezes no RAG 2008.                      Aparece 42 vezes no RAG 2009.                      Aparece 51 vezes no RAG 2010.</p>

	<p>Aparece 73 vezes no PES 2012 - 2015. Aparece 52 vezes no PES 2016 - 2019.</p>	<p>Aparece 18 vezes no PAS 2013. Aparece 17 vezes no PAS 2014. Aparece 18 vezes no PAS 2015. Aparece 21 vezes no PAS 2016. Aparece 20 vezes no PAS 2017. Aparece 17 vezes no PAS 2018. Aparece 36 vezes no PAS 2019.</p>	<p>Aparece 71 vezes no RAG 2011. Aparece 35 vezes no RAG 2012. Aparece 45 vezes no RAG 2013. Aparece 53 vezes no RAG 2014. Aparece 69 vezes no RAG 2015. Aparece 18 vezes no RAG 2016. Aparece 43 vezes no RAG 2017. Aparece 34 vezes no RAG 2018. Aparece 24 vezes no RAG 2019.</p>
--	--	--	--

Abaixo está uma tabela, compilando todas as ações encontradas com auxílio das palavras chaves, para análise posterior, separado em períodos de quatro anos e por tipo de ações de: Serviços, Infraestrutura e Organização.

### Quadro 2 – Ações planejadas e realizadas de 2008 a 2011

	AÇÕES DO GOVERNO	RESULTADOS RELATADOS
	2008 - 2011	
SERVIÇOS	<p>Ampliar o acesso à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a implantação de 38 equipes nos municípios.</p> <p>Apoiar a atenção integral ao planejamento familiar, fomentando a ampliação da oferta e do uso dos métodos não cirúrgicos e garantindo o acesso aos métodos cirúrgicos.</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras de câncer de colo uterino.</p> <p>Garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para pessoas com AIDS e/ou hepatite B e C, em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>Garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer de colo uterino.</p> <p>Garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento de 100% dos casos de câncer de mama.</p> <p>Garantir o acesso dos usuários do SUS à assistência farmacêutica qualificada.</p> <p>Ampliar a cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família</p> <p>Ampliar a cobertura do Programa de Volta para a Casa para 100% da população de longa</p> <p>Ampliar a oferta de exames citopatológicos.</p> <p>Ampliar atividades de promoção à saúde e prevenção da hipertensão nas</p>	<p>Ampliar e fortalecer os canais de acesso da população às informações sobre o SUS e direitos sociais. 100% realizado.</p> <p>Apoiar a atenção integral ao planejamento familiar, fomentando a ampliação da oferta e do uso dos métodos não cirúrgicos e garantindo o acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura tubária/vasectomia) (SAS) 100% realizado.</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras de câncer de colo uterino. (SVS) 100% realizado.</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao tratamento dos casos de câncer de mama. 100% realizado</p> <p>Fomentar e apoiar a ampliação do acesso à saúde) com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios contemplados pela Portaria GM nº 90, de 17/01/2008, considerando a vulnerabilidade e desigualdades culturais e regionais. 71% realizado.</p> <p>Garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para pessoas com AIDS e/ou hepatite B e C, em acompanhamento ambulatorial 50% realizado.</p> <p>Garantir acesso aos medicamentos para infecções oportunistas e antirretrovirais para pessoas com</p>

	<p>escolas, unidades básicas e NASF.  Ampliar de 70% para 90% a proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal.  Ampliar e equipar 100% dos Serviços de Imagem das unidades  Ampliar e implementar as redes de Gestação de Alto Risco, Reabilitação e Traumatologia ortopedia com 100% de regulação.  Ampliar em 20% a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva  Ampliar em 20% o número de leitos de UTI Adulto  Ampliar em 30% dos municípios a Terapia Comunitária como estratégia de mobilização.  Ampliar em 50% a capacidade de execução da ETIS  Ampliar em 50% a oferta dos procedimentos de diagnóstico por imagem e patologia clínica.</p>	<p>AIDS, em acompanhamento ambulatorial 100% realizado.  Garantir o acesso ao diagnóstico do câncer de mama (11% realizado)  Apoiar a atenção integral ao planejamento familiar, fomentando a ampliação da oferta e do uso dos métodos não cirúrgicos e garantindo o acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura tubária/vasectomia) (SAS) 100% realizado.  Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras de câncer de colo uterino. (SVS) 100% realizado.  Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao tratamento dos casos de câncer de mama.100% realizado  Fomentar e apoiar a ampliação do acesso à saúde) com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios contemplados pela Portaria GM nº 90, de 17/01/2008, considerando a vulnerabilidade e desigualdades culturais e regionais. 71% realizado.  Garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para pessoas com AIDS e/ou hepatite B e C, em acompanhamento ambulatorial 50% realizado.  Garantir acesso aos medicamentos para infecções oportunistas e antirretrovirais para pessoas com AIDS, em acompanhamento ambulatorial 100% realizado.  Garantir o acesso ao diagnóstico do câncer de mama (11% realizado)  Apoiar a atenção integral ao planejamento familiar, fomentando a ampliação da oferta e do uso dos métodos não cirúrgicos e garantindo o acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura tubária/vasectomia) (SAS) 100% realizado.  Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras de câncer de colo uterino. (SVS) 100% realizado.  Apoiar técnica e financeiramente os municípios para a garantia do acesso ao tratamento dos casos de câncer de mama.100% realizado  Fomentar e apoiar a ampliação do acesso à saúde) com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios contemplados pela Portaria GM nº 90, de 17/01/2008,</p>
--	--	---

		<p>considerando a vulnerabilidade e desigualdades culturais e regionais. 71% realizado.</p> <p>Garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para pessoas com AIDS e/ou hepatite B e C, em acompanhamento ambulatorial 50% realizado.</p> <p>Garantir acesso aos medicamentos para infecções oportunistas e antirretrovirais para pessoas com AIDS, em acompanhamento ambulatorial 100% realizado.</p> <p>Garantir o acesso ao diagnóstico do câncer de mama (11% realizado)</p> <p>Houve aumento significativo na garantia de acesso aos medicamentos padronizados para municípios do Estado, com o incremento de 35 pontos percentuais em relação ao ano anterior.</p> <p>Incentivar e apoiar a ampliação da cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. (SAS) 100% realizado</p> <p>Já a garantia de acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para 100% dos portadores de AIDS e/ou hepatite B e C em acompanhamento ambulatorial, como previsto no PES 2008, não pode ainda ser efetivada.</p> <p>Visando a ampliação e qualificação da Atenção Básica (AB) como orientadora dos Cuidados Integrals em Saúde, a SESDEC forneceu apoio técnico, político e financeiro para os municípios do Estado. A SES efetuou a contratualização de 63,6% dos hospitais filantrópicos, e já se encontra em processo de finalização para iniciar a contratualização dos serviços privados sob gestão estadual. Foram reguladas as redes de Alta Complexidade que foram pactuadas em CIB. Quanto aos procedimentos da PPI, está acesso às pessoas com deficiência física (SE), 100% realizado nas UPAS.</p> <p>Apoiar a atenção integral ao planejamento familiar, fomentando a ampliação da oferta e do uso dos métodos não cirúrgicos e garantindo o acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura tubária/ vasectomia). 100% realizado</p> <p>Estabelecer parcerias para ampliar a cobertura do Programa de Volta para Casa para a população de longa permanência desinstitucionalizada. 48% realizado.</p>
--	--	--

		<p>Fomentar a ampliação do número de centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. (SAS) 6% CEO e 10% LRPD realizado.</p> <p>A ampliação da capacidade de atendimento do Polo de Tratamento Assistido do IASERJ de vinte e cinco para cento e vinte e cinco vagas por mês.</p> <p>A ampliação da cobertura do Programa de Volta para a Casa para 100% da população de longa permanência desinstitucionalizada, limitou-se, em 2008, a 27,2% do total de pacientes cadastrados no Estado.</p> <p>A meta de garantir o acesso aos medicamentos para infecções oportunistas e antirretrovirais para 100,0% dos portadores de Aids em acompanhamento ambulatorial foi cumprida parcialmente, com a abertura de processos de aquisição de todos os itens.</p> <p>Ampliar a oferta de exames citopatológicos. EM ANDAMENTO.</p> <p>Ampliar a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva 3% realizado.</p> <p>Ampliar a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva. (SAS) 15% realizado</p> <p>Ampliar a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva. REALIZADO.</p> <p>Ampliar a oferta dos procedimentos de diagnóstico por imagem e patologia clínica, nas unidades da rede própria. 100% realizado.</p> <p>Ampliar atividades de promoção à saúde e prevenção da hipertensão nas escolas, unidades básicas e NASF. (SVS) / Dos quatro projetos de Promoção da Saúde aprovados pelo MS, dois foram realizados por esta Divisão com custo aproximado de R\$ 75.000,00. Dentre os demais, um projeto em convênio com a UERJ, ainda está tramitando e não entrou no orçamento desse quadriênio (valor R\$40.000,00) e o outro com proposta de apoiar a gestão, planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações dos municípios (valor de R\$ 75.000,00) foi inserido no PES 2012/2015. Estes projetos, permitem ampliar a Promoção da Saúde nos municípios estimulando melhoria da qualidade de vida e positivamente minimizando ações de prevenção da hipertensão nas escolas, unidades básicas e NASF</p> <p>Ampliar atividades de promoção à saúde e prevenção da hipertensão nas</p>
--	--	---

		<p>escolas, unidades básicas e NASF. 100% realizado.</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios na ampliação da oferta de pré-natal (Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas pré-natal) SAS, 20% financeiramente, 100% tecnicamente realizado.</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente os municípios na ampliação da oferta de pré-natal (Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas pré-natal). REALIZADO.</p> <p>Incentivar e apoiar a ampliação da cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. 51% realizado.</p> <p>MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA EM DETERMINADO LOCAL E ANO.) (SVS), 100% realizado.</p>
<p>ORGANIZAÇÃO</p>	<p>Ampliação e organização do acesso, monitoramento e melhoria da qualidade da Assistência de Média e Alta Complexidade nos âmbitos Ambulatorial e Hospitalar.</p> <p>Fomentar e apoiar a ampliação do acesso à saúde, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).</p> <p>Garantir que 100% dos recursos alocados na PPI assistencial sejam programados de acordo com a lógica da organização da rede e de acordo com os Termos de Compromisso para Garantia de Acesso.</p> <p>Adequar, ampliar e integrar 100% das Centrais Municipais e Regionais de Regulação e a Central Estadual de Regulação</p> <p>Contratualizar e regular 100% dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade.</p> <p>Contratualizar e regular os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, elencados na pactuação da PPI.</p> <p>Contratualizar e regular os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, elencados na pactuação da PPI.</p> <p>Implantar sistema de informação integrado, em 100% das Centrais de Regulação, via WEB.</p> <p>Integrar 100% das Unidades Hospitalares Federais, Estaduais e Municipais ao Sistema Estadual de Regulação.</p>	<p>Garantir que os recursos alocados na PPI assistencial sejam programados de acordo com a lógica da organização da rede e de acordo com os Termos de Compromisso para Garantia de Acesso. (SAS) 100% realizado.</p> <p>Organizar os núcleos de regulação dos municípios 100% realizado</p> <p>Regular as internações psiquiátricas. 100% realizado.</p> <p>Regular os serviços que compõem as redes de alta complexidade. (SAS SR), 100% realizado</p> <p>Fomentar a construção e fortalecer as redes de apoio às vítimas de violência. (SAS) 100% realizado.</p> <p>Capacitar as unidades para ocupação de sua totalidade de leitos, com meta de ampliar novos leitos de acordo com as necessidades de cada unidade 100% realizado.</p>

	<p>Organizar os núcleos de regulação dos municípios.</p> <p>Regular 100% das internações psiquiátricas.</p> <p>Regular 100% dos leitos dos hospitais da rede própria estadual.</p> <p>Regular 100% dos serviços que compõem as redes de alta complexidade</p> <p>Regular 60% dos leitos universitários.</p> <p>Regular as internações psiquiátricas.</p> <p>Regular os serviços</p> <p>Capacitar as unidades para ocupação de sua totalidade de leitos, com meta de ampliar 180 novos leitos, de acordo com as necessidades de cada unidade, integrados à Central de Regulação.</p> <p>Fomentar a construção e fortalecer as redes de apoio às vítimas de violência.</p> <p>Ampliar de 12% para 50% o cadastramento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na população com mais de 40 anos</p> <p>Ampliar para 50% o número de municípios participantes dos polos regionais de Saúde.</p>	
<p>INFRAESTRUTURA</p>	<p>Adequar a estrutura física nas unidades para o rompimento das barreiras de acesso às pessoas com deficiência física.</p> <p>Concluir 100% das obras de construção e reforma da Hemorrede pública.</p> <p>Concluir as obras de construção e reforma da Hemorrede pública.</p> <p>Construir 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS 3 – na comunidade do Alemão, por meio do PAC Urbanização – componente estadual.</p> <p>Construir 01 Centro Integrado de Atenção em Saúde – CIAS – ambulatório de especialidades, serviço de imagem, cirurgia ambulatorial, serviço de reabilitação, centro de especialidade odontológica, laboratório de análises clínicas, na comunidade do Alemão, por meio do PAC Urbanização – componente estadual.</p> <p>Construir 01 Centro Integrado de Atenção em Saúde – CIAS – ambulatório de especialidades, serviço de imagem, cirurgia ambulatorial, serviço de reabilitação, laboratório de análises clínicas, na comunidade da Rocinha, por meio do PAC Urbanização – componente estadual</p> <p>Construir UPA + Clínica da Família por meio do PAC Urbanização</p>	<p>Concluir as obras de construção e reforma da Hemorrede pública. (SUP). 12,5% realizado.</p> <p>Construir Centro de Atenção Psicossocial – CAPS 3 – na comunidade do Alemão, por meio do PAC Urbanização – componente estadual 100% realizado</p> <p>Construir UPA + Clínica da Família por meio do PAC Urbanização componente estadual. 100% realizado.</p> <p>Adequar a estrutura física nas unidades para o rompimento das barreiras de acesso às pessoas com deficiência física. EM ANDAMENTO.</p> <p>Foram concluídos os projetos arquitetônicos dos Hospitais Estaduais Pedro II e Albert Schweitzer, bem como o de reforma da antiga unidade do Hospital Olivério Kraemer, anexo ao Albert Schweitzer, transformando o numa unidade ambulatorial de média complexidade</p> <p>A fim de ampliar em 50,0% o quantitativo de leitos nas unidades de terapia intensiva, foram abertos 89 leitos de terapia intensiva e oito leitos de unidade intermediária, aumentando a oferta dos 195 leitos disponíveis no início de 2008 para 292 no final do ano.</p> <p>Ampliar o cadastramento de pacientes com hipertensão arterial</p>

	<p>componente estadual.</p> <p>Adquirir equipamentos e fazer reformas gerais em todos os demais serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme a necessidade desses.</p> <p>Fazer reforma geral no LACENN.</p> <p>Fazer reforma geral nos Hospitais Estaduais Pedro II, Albert Schweitzer e Rocha Faria, garantindo a manutenção do espaço físico e de equipamentos.</p> <p>Reformar a antiga unidade do Hospital Olivério Kraemer, anexa ao Albert Schweitzer, transformando-o numa unidade ambulatorial de média complexidade.</p> <p>Ampliar em 30% o número de leitos de curta permanência em hospital geral para acolhimento à crise, incluindo leitos para crianças e adolescentes</p> <p>Ampliar em 50% o número de leitos de UTI Neonatal.</p> <p>Ampliar em 50% o quantitativo de leitos nas unidades de terapia intensiva.</p> <p>Ampliar em 80% o número de leitos de UTI Pediátrico.</p> <p>Ampliar em, no mínimo, 50% o número de leitos de Centro de Tratamento de Queimados,</p>	<p>sistêmica na população com mais de 40 anos. (SVS) 47% realizado.</p> <p>Ampliar o número de leitos de Centro de Tratamento de Queimados, priorizando as áreas com polos petroquímicos. (SUP)/ Abertura de 07 leitos de CTQ no HEVMC. Previsão de abertura de novos leitos de CTQ no HEAPN.</p> <p>Ampliar o número de leitos de UTI Adulto nas unidades da SESDEC 100% realizado.</p> <p>Ampliar o número de leitos de UTI Neonatal disponíveis no Estado, 100% realizado.</p> <p>Ampliar o número de leitos de UTI Pediátrico nas unidades da SESDEC. REALIZADO</p> <p>Ampliar o número de municípios participantes dos Polos Regionais de Saúde do Adolescente 32% realizado.</p>
--	--	--

### Quadro 3 – Ações planejadas e realizadas de 2012 a 2015

	AÇÕES DO GOVERNO	RESULTADOS RELATADOS
	2012 - 2015	
SERVIÇOS	<p>Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor de desenvolvimento econômico e social sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde.</p> <p>Garantir acesso aos procedimentos de saúde ofertados pelo SUS não disponíveis no ERJ para os usuários através do Programa de Tratamento Fora do Domicílio, conforme critérios da Portaria SAS/MS 55/1999 e da Resolução SES 171/2011.</p> <p>Garantir o acesso a triagem, a atenção de baixa e de média complexidade, aos exames de alta complexidade e medicamentos estabelecidos nos protocolos do Ministério da Saúde para Doença Falciforme.</p> <p>Garantir o funcionamento do website visando o acesso da população e dos profissionais de saúde às informações</p>	<p>Garantir acesso aos procedimentos de saúde ofertados pelo SUS não disponíveis no ERJ para os usuários através do Programa de Tratamento Fora do Domicílio, conforme critérios da Portaria SAS/MS 55/1999 e da Resolução SES 171/2011, 100% realizado.</p> <p>Garantir o acesso a triagem, a atenção de baixa e de média complexidade, aos exames de alta complexidade e medicamentos estabelecidos nos protocolos do Ministério da Saúde para Doença Falciforme.(SAS). 100% das UPAS, 4,9% das unidades de emergência.</p> <p>Garantir o funcionamento do website visando o acesso da população e dos profissionais de saúde às informações atualizadas do Programa Estadual de Transplantes (PET). 100% realizado.</p> <p>Implementar e qualificar o SISVAN</p>

	<p>atualizadas do Programa Estadual de Transplantes</p> <p>Implantação do cartão fralda para expandir o acesso aos serviços prestados pelo Programa Farmácia Popular.</p> <p>Ampliar para 50% o tratamento diretamente observado para tuberculose.</p> <p>Ampliação da oferta de leitos de Cuidados Intensivos no estado do Rio de Janeiro.</p> <p>Ampliação de 25% dos municípios que têm programas de Saúde do Idoso.</p> <p>Ampliação e fortalecimento do Programa Estadual de Imunização.</p> <p>Ampliar a cobertura de Triagem Neonatal no Estado.</p> <p>Ampliar a cobertura, no Estado do Rio de Janeiro, do Exame Doppler Transcraniano para pessoas com Doença Falciforme.</p> <p>Ampliar a coleta de amostras para o monitoramento de medicamentos de 15 para 17.</p> <p>Ampliar a coleta de doadores de sangue por meio de coleta externa.</p> <p>Ampliar a média anual de abastecimento do CEAJ para 97%</p> <p>Ampliar a oferta de serviços de Reabilitação através da contratação de prestadores filantrópicos por meio de chamamento público.</p> <p>Ampliar a oferta de Transplante de Medula Óssea (TMO) na Hemorrede.</p> <p>Ampliar as ações da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (DF)</p> <p>Ampliar projeto de implantação da visita ampliada/aberta.</p> <p>Ampliar em 10% a oferta de serviços da Rede de Atenção em Cardiologia.</p> <p>Ampliar em 100% o número de transplantes no Estado.</p> <p>Ampliar em 20% a oferta de serviços da Rede de Atenção em Oftalmologia.</p> <p>Ampliar em 20% a oferta de serviços de assistência da Rede de Atenção Oncológica.</p> <p>Ampliar projeto de implantação da visita ampliada/aberta.</p> <p>Ampliar projeto de implantação do ACCR para as pediatrias.</p> <p>Ampliar projeto de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades da SES.</p> <p>Apoiar a ampliação da cobertura de Equipe de Saúde Bucal (ESB) na proporção de 1 Equipe de Saúde da Família (ESF) para 1 ESB.</p>	<p>(menores de 5 anos), através de apoio técnico para a utilização do sistema de informações, dos municípios que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (SAS/SABalimentação e nutrição), 100% realizado.</p> <p>Incentivar a organização e ampliação de Programas do Idoso no âmbito municipal 88% realizado.</p> <p>Ampliar a cobertura de Triagem Neonatal no Estado, 100% realizado.</p> <p>Ampliar a cobertura hemoterápica dos leitos SUS no Estado (SAS/HEMORIO) / A proposta foi elaborada e será encaminhada para consulta pública pela SES, antes da pactuação na CIB. 60% (1,8% de doadores/ano) Várias ações foram implementadas visando aumento do fornecimento de sangue e hemocomponentes (campanhas, mídias sociais, coletas externas programadas: Cinelândia, empresas, igrejas, escolas, universidades, comunidades). Os dados são coletados a partir dos Relatórios de produção hemoterápica dos serviços de hemoterapia no Sistema online Hemoprod/SVS/SES RJ.</p> <p>Ampliar a cobertura, no Estado do Rio de Janeiro, do Exame Doppler Transcraniano para pessoas com Doença Falciforme, 100% realizado.</p> <p>Ampliar a oferta de serviços de Reabilitação através da contratação de prestadores filantrópicos por meio de chamamento público, 100% realizado.</p> <p>Ampliar a oferta de Transplante de Medula Óssea (TMO) na Hemorrede, 50% realizado.</p> <p>Ampliar e uniformizar a qualidade de hemocomponentes produzidos pela Hemorrede pública no Estado (controle de qualidade de hemocomponentes e teste ácido nucleico para HIV e HCV), 100% realizado</p> <p>Ampliar o atendimento ambulatorial, no Estado do Rio de Janeiro, para pessoas com doença falciforme , 37,5% realizado.</p> <p>Ampliar projeto de implantação da visita ampliada/aberta 100% realizado.</p> <p>Ampliar projeto de implantação do ACCR nas Maternidades, 100% realizado.</p> <p>Ampliar o projeto de implantação do ACCR nos hospitais regionais apoiados pelo PAHI 100% realizado.</p>
--	---	---

	<p>Apoiar a ampliação dos serviços da rede de saúde bucal 10% Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 100% dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).</p> <p>Apoiar a ampliação dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial ampliar em 50% o número de CAPS, ampliar em 31,5% SRT, e credenciar 3 Centros (atualmente há 110 CAPS, 105 SRT e não há nenhum Centros de Convivência, Cultura e Trabalho).</p> <p>Apoiar a ampliação e qualificação do Programa de Saúde do Idoso para 100% dos municípios, com ênfase nas ações da Atenção Básica.</p> <p>Apoiar os municípios na ampliação dos serviços e qualificação do Planejamento da Saúde Reprodutiva.</p> <p>Ampliar o atendimento mensal do CEAF para 80.000 pacientes.</p>	<p>Ampliar projeto de implantação do ACCR para as pediatrias. 100% realizado</p> <p>Apoiar e monitorar os municípios na ampliação da cobertura de serviços de saúde bucal e na melhoria da qualidade 100% realizado</p> <p>Apoiar os municípios na ampliação dos serviços e qualificação do Planejamento da Saúde Reprodutiva , 100% realizado.</p> <p>Aprimorar a organização dos serviços para ampliar o número de doações, 100% realizado.</p> <p>Hemorrede pública no Estado (controle de qualidade de hemocomponentes e teste ácido nucleico para HIV e HCV), 100% realizado.</p> <p>Sensibilizar as SMSs para a ampliação da cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). 100% realizado.</p> <p>Ampliar as ações da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (DF) (SAS) 79,48% realizado.</p>
ORGANIZAÇÃO	<p>Ampliar o acesso e aperfeiçoar a assistência especializada, em estreita articulação com a Atenção Básica.</p> <p>Atualizar os protocolos clínicos, por linha de cuidado, para a regulação do acesso à assistência nos 9 Complexos Reguladores Regionais.</p> <p>Avaliar o protocolo para ampliação do acesso à saúde da população em situação de rua formulado pela SES e pela Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH)</p> <p>Atualizar os protocolos clínicos, por linha de cuidado, para a regulação do acesso à assistência nos 9 Complexos Reguladores Regionais.</p> <p>Elaborar um protocolo para ampliação do acesso à saúde da população em situação de rua junto à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos.</p> <p>Operacionalização de protocolos clínicos para 05 (cinco) redes de alta complexidade (AC) para a regulação do acesso a assistência: Cardiologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Saúde Auditiva.</p> <p>Promover o acesso regulado à oferta assistencial regional, interregional e interestadual, em conformidade com as diretrizes estaduais e a programação pactuada.</p> <p>Qualificar/uniformizar os processos de trabalho nas centrais de regulação</p>	<p>Promover o acesso regulado à oferta assistencial regional, interregional e interestadual, em conformidade com as diretrizes estaduais e a programação pactuada 100% realizado</p> <p>Atualizar os protocolos clínicos, por linha de cuidado, para a regulação do acesso à assistência nos 9 Complexos Reguladores Regionais 100% realizado.</p> <p>Elaboração de protocolos clínicos, por linha de cuidado, para a regulação do acesso à assistência na Central Estadual de Regulação (01) e Complexos Reguladores (08); (SAS/Regulação) 100% realizado.</p> <p>Regular o acesso da oferta assistencial sob responsabilidade das Centrais de Regulação da SES/RJ, 100% realizado.</p> <p>Apoiar tecnicamente o desenvolvimento dos projetos municipais de implantação dos Complexos Reguladores recebidos pela Superintendência de Regulação, 100% realizado.</p> <p>Integração entre o SISPPi e o Sistema Estadual de Regulação (SER). (SAS/Regulação) 22% realizado.</p> <p>Integrar a Programação Pactuada Integrada ao Sistema Estadual de Regulação (SER) 90% realizado.</p>

	<p>regionais e estadual (ações, critérios e normas da regulação do acesso).  Regular o acesso da oferta assistencial sob responsabilidade das Centrais de Regulação da SES/RJ  Aprimorar e fortalecer a regulação, o controle e a avaliação da rede de serviços, garantindo maior racionalidade e qualidade no SUS.  Apoiar as Centrais de Regulação Municipais.  Apoiar tecnicamente o desenvolvimento dos projetos municipais de implantação dos Complexos Reguladores recebidos pela Superintendência de Regulação.  apoio à Implantação dos complexos reguladores municipais e Regionais na perspectiva das redes de atenção  Aprimorar e fortalecer a regulação, o controle e a avaliação da rede de serviços, garantindo maior racionalidade e qualidade no SUS  Aquisição de material/equipamento para operacionalização e estruturação da Central Estadual de Regulação (01)  Co-financiar a Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro com repasse regular de recursos estaduais.  Criação de protocolos e fluxos operacionais de ação regulatória para otimização e gerenciamento da regulação da atenção à saúde na Central Estadual de Regulação (01) e Complexos Reguladores (08).  Fornecer o teste rápido para HIV em casos novos de Tb, de forma regular aos municípios prioritários.  Integração entre o SISPPi e o Sistema Estadual de Regulação (SER).  Integrar a Programação Pactuada Integrada ao Sistema Estadual de Regulação (SER)  Operacionalizar a Central Estadual de Regulação.  Construir a Central de Rede de Frio do Estado.  Fomentar e conduzir a construção/implantação das redes temáticas regionais de saúde  Fomento à construção de redes intersetoriais de atenção à violência.  Incentivar a organização e ampliação de Programas do Idoso no âmbito municipal  Apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de 34 pacientes internos na Casa de Saúde Santa Mônica de Petrópolis (originários do Hospital Estadual de Vargem Alegre de Barra do Pirai, fechado em 1996), através da Criação</p>	<p>Monitorar os resultados do teste rápido para HIV em casos novos de Tuberculose, de forma regular os municípios prioritários. (SVS). 100% realizado.  Operacionalizar a Central Estadual de Regulação, 100% realizado.  Qualificar técnicos municipais e estaduais em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, 13,3% realizado,  Qualificar/uniformizar estruturas e processos de trabalho nas Centrais de Regulação da SESRJ , 100% realizado.  Apoiar as Centrais de Regulação Municipais, 100% realizado.  Implantação do Sistema Estadual de Regulação (SER) na Central Estadual de Regulação (01) e Complexos Reguladores (08) (SAS/Regulação) 100% realizado.  Reformar unidades e serviços de saúde próprios / 5 unidades com obras de reforma (IECAC, Hemorio, HEAS, Hosp. Reg. de Valença e HECC).  Regulação (01) e Complexos Reguladores (08) (SAS/Regulação) 100% realizado.</p>
--	---	---

	do Núcleo Estadual de Saúde Mental no município de Carmo e do custeio e ampliação dos Serviços Residenciais Terapêutico no município.	
INFRAESTRUTURA	<p>Apoiar a construção dos hospitais de Cardiologia de Queimados e Oncologia da região Serrana.</p> <p>Concluir a obra de construção de Serviço de Hemoterapia em Santo Antônio de Pádua.</p> <p>Concluir a obra de construção de Serviços de Hemoterapia em Três Rios.</p> <p>Construção de sistema integrado de serviço para juventude de favelas com UPP.</p> <p>Construir e Implantar o complexo do centro de trauma dos hospitais Alberto Torres e Prefeito João Batista Cáffaro.</p> <p>Construir e Implantar o Projeto Mulher mais Saudável, que inclui mamógrafo móvel e polo de rastreamento de patologia cervical.</p> <p>Construir o Hospital de Oncologia da região Serrana.</p> <p>Construir o Hospital Regional de Queimados.</p> <p>Construir unidades e serviços de saúde próprios</p> <p>Construir, equipar e mobiliar 100 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nas 09 regiões de saúde.</p> <p>Construir, reformar e adquirir material permanente para as unidades próprias.</p> <p>Construir, reformar e adquirir material permanente para Unidades de Saúde.</p> <p>Iniciar o processo de licitação para construção da central estadual de rede de frio.</p> <p>Realizar obra de reforma/construção para implantação de Unidades de Coleta em 2 Unidades Próprias.</p> <p>Reformar predial para implantação do Hospital do Cérebro.</p> <p>Adquirir equipamentos e fazer reformas gerais em todos os demais serviços hospitalares, conforme a necessidade desses.</p> <p>Descentralizar recursos do Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária para reformar e/ou equipar as Unidades de Saúde do Sistema Penitenciário.</p> <p>Integração das bases de dados dos sistemas para melhor operacionalização da Central Estadual.</p>	<p>Apoiar a construção dos hospitais de Cardiologia de Queimados e Oncologia da Região Serrana / 2 unidades (Hospital de Cardiologia de Queimados e Hospital de Oncologia da região Serrana) As duas construções foram iniciadas em 2015.</p> <p>Concluir a obra de construção de Serviços de Hemoterapia em Três Rios (SAS/HEMORIO) 100% realizado.</p> <p>Construção de módulos científicos para aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias e desenvolvimento de projetos relacionados à pesquisa e à inovação em saúde. 75% realizado.</p> <p>Construir e equipar Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas 09 regiões de saúde do ERJ, 100% realizado.</p> <p>Construir e Implantar o complexo do centro de trauma dos hospitais Alberto Torres e Prefeito João Batista Cáffaro. 100% realizado.</p> <p>Construir Módulo científico, 100% realizado;</p> <p>Construir Unidades Básicas de Saúde/Clínicas da Família nas 09 regiões de saúde do ERJ, 8% realizado;</p> <p>Construir unidades e serviços de saúde próprios / 3 unidades de saúde em processo de construção (Anexo do IECérebro, Maternidade São Gonçalo e Centro de Diagnóstico por Imagem II em Niterói.</p> <p>Construir, reformar e adquirir material permanente para as unidades próprias. 100% realizado.</p> <p>Construir, reformar e adquirir material permanente para Unidades de Saúde 100% realizado.</p>

	<p>Operacionalização do convênio firmado entre MS e SES, nº 1391 /2007, para reforma de Unidade de Cadastro de Pacientes, no valor global de R\$ 600.000,00.</p> <p>Reformar unidades e serviços de saúde próprios.</p> <p>Operacionalização do convênio firmado entre MS e SES, nº 1391 /2007, para reforma de Unidade de Cadastro de Pacientes, no valor global de R\$ 600.000,00 no âmbito da Expansão e qualificação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAF (SAS/SAFIE) 32% realizado.</p> <p>Realizar a reforma predial para implantação do Hospital do Cérebro. (SUP 75% realizado).</p> <p>Adquirir equipamentos e fazer reformas gerais em todos os demais serviços hospitalares, conforme a necessidade desses (visando a organização da atenção integral por meio de Redes) (SUBUP/SUP) 100% realizado.</p> <p>Ampliar a cobertura hemoterápica dos leitos SUS no Estado.</p> <p>Ampliar em 20% o número de Unidades Básicas Amigas da Amamentação e em 50% o número de Hospitais Amigos da Criança no Estado.</p> <p>Ampliar em 50% a oferta de leitos de Cuidados Intensivos em unidades próprias da SES.</p> <p>Ampliar em 50% o número de leitos onco hematológicos adultos e pediátricos no Hemorio .</p> <p>Ampliar o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior PAHI para os hospitais privados</p> <p>Ampliar para 3% ao ano a cobertura hemoterápica dos leitos SUS no Estado.</p> <p>Ampliar para 6 o número dos Centros de Referência dos Imunobiológicos Especiais (CRIEs).</p>	
--	--	--

**Quadro 4 – Ações planejadas e realizadas de 2016 a 2019**

	AÇÕES DO GOVERNO	RESULTADOS RELATADOS
	2016 - 2019	

<p>SERVIÇOS</p>	<p>Ampliar e garantir o acesso a cuidados especializados.  Ampliação da oferta da assistência ambulatorial e hospitalar.  Ampliar a descentralização e livre oferta da realização dos Testes Rápidos (TR) de Sífilis.  Ampliar o percentual de unidades notificadoras de violência entre unidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) públicas e privadas.  Ampliar o Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH) para 100% das Agências Transfusoriais do estado.  Ampliar o rol de procedimentos assistenciais estratégicos na ReuniRJ, pactuados pela Comissão Inter gestores Bipartite CIB.  Ampliar para 80% a cobertura vacinal contra a Raiva animal no estado.  Ampliar para 85% a cura dos casos de Tuberculose.  Ampliar para 90% a testagem de HIV em pacientes com Tuberculose.  Apoiar tecnicamente as regiões para a ampliação da Rede de referência e contra referência no atendimento às pessoas com Coagulopatia.</p>	<p>Ampliar a composição dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha, através da inclusão das maternidades SUS, 88,8% realizado.  Ampliar a cura dos casos de Tuberculose , 65% realizado.  Ampliar a implantação do Grupo de Trabalho de Humanização nas unidades estaduais, 100% realizado.  Ampliar e apoiar tecnicamente as atividades logísticas para o aprimoramento do processo de doação de tecidos, 100% realizado.  Ampliar o Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH) para as Agências Transfusoriais do estado, 80% realizado.  Ampliar o rol de procedimentos assistenciais estratégicos na ReuniRJ, pactuados pela Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) 100% realizado.  Ampliar testagem de HIV em pacientes com Tuberculose, 70% realizado.  Apoiar tecnicamente as regiões para a ampliação da Rede de referência e contra referência no atendimento às pessoas com Coagulopatias, 100% realizado.</p>
<p>ORGANIZAÇÃO</p>	<p>Manter o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação visando qualificar o acesso aos procedimentos assistenciais.  Organização do acesso aos serviços de saúde por meio da Cogestão das Centrais Regionais de Regulação.  Percentual de unidades federais, estaduais e contratualizadas com acesso aos procedimentos assistenciais estratégicos regulados através do Complexo Regulador Estadual.  Qualificar o acesso aos procedimentos assistenciais através das Centrais Estadual e Regionais de Regulação.  Regular o acesso aos procedimentos assistenciais estratégicos em 100% das unidades federais, estaduais e contratualizadas, através do Complexo Regulador Estadual  Regular o acesso aos procedimentos assistenciais estratégicos em 100% das unidades federais, estaduais e contratualizadas, através do Complexo Regulador Estadual.  Aprimorar e fortalecer a regulação, o controle e a avaliação da rede de serviços, garantindo maior racionalidade e qualidade no SUS.  Ampliar e qualificar a Atenção</p>	<p>Manter o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação visando qualificar o acesso aos procedimentos assistenciais, 100% realizado.  Qualificar o acesso aos procedimentos assistenciais através das Centrais Estadual e Regionais de Regulação, 100% realizado.  Regular o acesso aos procedimentos assistenciais estratégicos das unidades federais, estaduais e contratualizadas, através do Complexo Regulador Estadual, 100% realizado.  Regular o acesso aos procedimentos assistenciais estratégicos das unidades federais, estaduais e contratualizadas, através do Complexo Regulador Estadual, 100% realizado.  Apoiar espaços coletivos de construção do Projeto de Gestão do Cuidado nas unidades estaduais. 100% realizado.</p>

	Básica como ordenadora do sistema de saúde.	
INFRAESTRUTURA	<p>Construção de Unidades Básicas de Saúde para ampliação do acesso.</p> <p>Implantar unidades de coleta de sangue do doador (reforma e equipamento) e/ou objetivos de melhoria do acesso.</p> <p>Apoiar espaços coletivos de construção do Projeto de Gestão do Cuidado em 30% das unidades estaduais (8 Unidades).</p> <p>Construir e equipar o Centro de Diagnóstico por Imagem Rio Imagem II (Niterói).</p> <p>Construir e equipar o Hospital de Cardiologia (Queimados).</p> <p>Construir e equipar o Hospital de Oncologia (Nova Friburgo)</p> <p>Construir o anexo do Instituto Estadual do Cérebro (Rio de Janeiro).</p> <p>Construir o Hospital Estadual da Baixada Fluminense</p> <p>Construir o Hospital Estadual de Valença.</p> <p>Construir o Hospital Maternidade Clínica da Mãe (Metropolitana II São Gonçalo).</p> <p>Finalizar a construção do Hospital Regional do Médio Paraíba (Volta Redonda).</p> <p>Iniciar a construção do Hospital Maternidade Clínica da Mãe.</p> <p>Iniciar reforma para implantação da Clínica de Especialidades</p> <p>Operacionalizar a Construção e Aparelhamento do Hospital de Oncologia.</p> <p>Reformar o Hospital Azevedo Lima (Niterói).</p> <p>Ampliar em 14% o número de leitos em UTI adulto.</p> <p>Ampliar em 15% a cobertura de leitos de Tuberculose e AIDS nas unidades estaduais.</p> <p>Ampliar o número de leitos de Tuberculose Multidrogarresistente.</p>	<p>Construir e equipar o Hospital de Cardiologia (Região Metropolitana I Queimados) 20% realizado.</p> <p>Construir e equipar o Hospital de Oncologia (Nova Friburgo) 40% realizado.</p> <p>Construir o anexo do Instituto Estadual do Cérebro, 12,5% realizado.</p> <p>Construir o Hospital Estadual de Valença, 100% realizado.</p> <p>Construir Plano de diretrizes e ações estratégicas para subsidiar a formulação da Política Estadual de Atenção Básica, em parceria com as Regiões de Saúde, 100% realizado.</p> <p>Finalizar a construção do Hospital Regional do Médio Paraíba (Volta Redonda) , 100% realizado.</p> <p>Iniciar a construção do Hospital de Valença, 20% realizado.</p> <p>Iniciar a construção do Hospital Maternidade Clínica da Mãe, 20% realizado.</p> <p>Operacionalizar a construção do anexo ao Instituto Estadual do Cérebro, 100% realizado.</p> <p>Iniciar a reforma para implantação da Clínica de Especialidades , 20% realizado.</p> <p>Reformar o Hospital Estadual Azevedo Lima 18,75% realizado.</p>

A grande maioria das ações planejadas diretamente com o termo acesso, vem acoplada ao termo regulação, dado que, uma maneira de ampliação do acesso, é a regulação do sistema, que se trata das interações entre unidades de assistência, dito isso, desde 2008 até 2019, organizar, qualificar e ampliar a regulação foram ações planejadas com constância, a manutenção e abertura de Centrais de Regulação Estaduais estiveram presentes em todo período pesquisado. Os objetivos de ampliação e manutenção da regulação do acesso no SUS,

anualmente, se mantiveram constantes sendo alcançados do início ao fim do período analisado segundo os relatórios de gestão.

Obras de construção e reformas, estiveram presentes nos planos, afinal abrir novos estabelecimentos de saúde, é uma maneira consistente de ampliação do acesso, a construção de hospitais, Unidades de Saúde Básica (UBS), novas alas em hospitais já existentes e Centros de Atenção Psicossociais, sucessivamente estiveram presentes nos PES e PAS. De forma geral, as obras se encaminharam, dentro das metas estabelecidas anualmente, salvo os últimos quatro anos analisados no período de 2008 a 2019, onde o estado atravessava uma crise financeira, e dificultou grande parte dos planejamentos de serem cumpridos, especialmente em relação a obras, devido ao grande gasto produzido por essas ações, como justificado dentro dos RAGs.

Pode-se observar que, de forma geral, a estratégia mais forte adotada nas ações planejadas em todos os PES e PAS foram as de ampliação dos serviços e capacidades já pré existentes, como por exemplo, a ampliação nos cuidados com usuários do sistema portadores de doenças como HIV, Tuberculose e Doença falciforme, o planejamento e execução de medidas para ampliar o cuidado e o acesso de tratamento para essas pessoas, foi pauta constante em todos os anos analisados. Ainda no âmbito de ampliações, diversos tipos de leitos anualmente tinham metas de crescimento, tendo presença em todos os períodos analisados. A ampliação da distribuição e quantidade de fármacos disponibilizados pelo SUS foi bastante presente durante os onze anos examinados.

De acordo com os RAGs, as ações de ampliação de leitos, distribuição de leitos, serviços para serem ampliados, nos relatórios anuais ou não estavam cumpridas, ou estavam abaixo da meta planejada, já as ações ligadas aos usuários portadores das doenças já citadas, continuamente mantiveram ou sua realização total, ou próximo a totalidade de sua meta planejada, salvo a abertura de leitos no período de 2016 – 2019, como já explicitado, por conta da crise financeira que ocorria no momento.

De como complementar apresentamos abaixo os indicadores de acesso no período de 2008 – 2019, retirados do TABNET e adaptados do modelo de avaliação de desempenho do PROADESS, para a dimensão acesso. Os indicadores escolhidos, foram os seguintes: Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente (Quadro 3), Taxa bruta de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) por 1000 habitantes

(Quadro 4), Percentual da população que consultou médico nos últimos 12 meses (Quadro 7), Percentual da população que foi internada nos últimos 12 meses (Quadro 8), Percentual da população do sexo feminino de 25 a 64 anos que fez papanicolau nos últimos três anos (Quadro 9). Estes foram os indicadores escolhidos devido à relação que mantém com as ações de saúde planejadas.

**Quadro 5 - Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente/hexavalente:**

Abrangência Geográfica:	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rio de Janeiro	90,5	95,1	92,8	95,8	88,8	90,9	89,4	92,9	101	94,1	86,5	58,1
Sudeste	96,8	100,1	97,3	99	93,4	96,1	92,4	94	94,7	89,1	88,8	69,8
Brasil	98,5	102,2	99,1	99	93,5	94,9	91,7	91,8	92,3	85	84,4	71

Fonte: SI-PNI e SINASC

**Quadro 6 - Taxa bruta de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) por 1000 habitantes:**

Abrangência Geográfica:	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rio de Janeiro	53,6	43,1	44,5	43,4	40,4	41,4	40,4	41,7	39,6	39,7	41,7	43
Sudeste	64,1	53,9	55	54,6	53,8	53,5	54	53,2	52,2	52,6	53,6	54,8
Brasil	63,4	59,2	59,9	58,7	57,3	57,2	57,4	56,5	55,7	56,4	57,4	58,6

Fonte: SIH-SUS e estimativas populacionais do MS/SVS/DASNT/CGIAE.

Para examinar os indicadores, análise foi dividida em três períodos. 2008 – 2011, 2012 – 2015, 2016 – 2019.

No período de 2008 a 2011, os indicadores apontam um aumento, dos anos passados ao presente, com exceção das internações no SUS, que houve uma baixa no decorrer dos anos do período, demonstrando que as políticas adotadas sobre ampliação e abertura de leitos, não ocorreu a contento.

No período de 2012 a 2015, houve pequenas diminuições nos percentuais, em comparação com o ano de 2011, que se mantiveram até o fim dos quatro anos analisados, em relação a aumentos, apenas no número de consultas médicas, comparando 2008 com 2013 (os anos que existem dados na plataforma). Os dados demonstram que as políticas do período anterior estavam sendo mais efetivas no geral.

Pode-se observar na taxa bruta de internações, uma redução iniciada em 2016 e que se manteve em 2017, seguida de pequenos aumentos. Estes aumentos, no entanto, se mantiveram distante do valor mais elevado alcançado em 2008.

As variações no geral, foram próximas aos outros períodos, com exceção da vacinação infantil, que caiu drasticamente durante esse período, indicando que as políticas voltadas à vacinação foram bastante fracas nos planos e programações de 2016 a 2019.

Os seguintes quadros, são de informações fornecidas pela PNAD, por meio do suplemento de saúde, que ocorre de cinco em cinco anos.

**Quadro 7 - Percentual da população que consultou médico nos últimos 12 meses:**

Abrangência Geográfica:	2008	2013	2019
Rio de Janeiro	69,5	72,5	80
Sudeste	71,3	75,8	80,6
Brasil	67,7	71,2	76,2

Fonte: PNAD/IBGE e PNS.

**Quadro 8 - Percentual da população que foi internada nos últimos 12 meses:**

Abrangência Geográfica:	2008	2013	2019
Rio de Janeiro	5,7	4,1	5,7
Sudeste	6,7	5,7	6,8
Brasil	7,1	6	6,6

Fonte: PNAD/IBGE e PNS.

**Quadro 9 - Percentual da população do sexo feminino de 25 a 64 anos que fez papanicolau nos últimos três anos:**

Abrangência Geográfica:	2008	2013	2019
Rio de Janeiro	80,1	78,7	76
Sudeste	81,3	80,1	83,9
Brasil	78,4	78,6	81,5

Fonte: PNAD/IBGE e PNS.

No Quadro 7, a respeito das consultas feitas pela população, pode-se perceber que nacionalmente houve um aumento, que vou acompanhado pela região sudeste e o estado do Rio, demonstrando o aumento de demanda médica por parte da população. Já o Quadro 8, as internações sofrem uma queda de 2008 para 2013, e retomam o mesmo valor em 2019, portanto a única oscilação do valor, foi de forma negativa, fenômeno que se repete em âmbito regional, pois a região sudeste inteira seguiu o mesmo padrão, já nacionalmente, houve uma

diminuição constante de 2008 a 2019. Por fim, o Quadro 9, a respeito da execução do Papanicolau, pode-se observar uma diminuição constante no Rio de Janeiro, de 2008 a 2019, destoando da região sudeste e do Brasil como um todo, pois tanto nacionalmente, como regionalmente, houveram aumentos constantes.

## **6. CONCLUSÕES**

O trabalho foi feito com o intuito de analisar o desempenho do Sistema de Saúde do estado do Rio de Janeiro, tendo como base as dimensões do acesso e da utilização, averiguar como estão estas dimensões no Sistema Único de Saúde, desta forma, foram estipulados alguns objetivos, que são eles: Identificar as políticas públicas voltadas à melhoria e ampliação do acesso no estado do Rio de Janeiro, identificar as ações propostas e implementadas pelo gestor estadual do sistema de saúde e analisar os indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde. Os objetivos 1 e 2 foram concluídos e apresentaram resultados não muito satisfatórios.

O acesso é uma dimensão extremamente importante para o Sistema de Saúde, visto que é o que permite que o sistema funcione, é necessário que alguém tenha acesso aquele sistema, pode-se comparar o acesso com uma porta, dependendo de como estiver aberta, mais pessoas poderão entrar e utilizar o que está atrás daquela porta ou, menos pessoas.

A respeito dos objetivos específicos é possível notar que as ações planejadas em relação a ampliação do acesso, são em sua grande maioria constantes, o que indica duas coisas, que elas têm uma importância grande para a manutenção e expansão do acesso, mas como visto nos planos e programações, acontecem de maneira lenta, a construção de um hospital por exemplo, por mais que seja uma estrutura complexa, perpassa mais de um PES, e é anualmente uma meta dentro dos PAS. Dentro dos documentos, houve muitas ações planejadas com o intuito de ampliar a regulação assistencial no sistema, para que se atinja uma melhor gestão de recursos e redução do tempo de espera, ampliando a quantidade de atendimentos possíveis. Para atingir a expansão da regulação, a abertura de novas centrais de regulação foi a principal estratégia adotada nos Planos. Há também a presença de ampliação de serviços e unidades já existentes, para aumento do acesso.

Os indicadores apontam um fato interessante, de 2008 a 2019, o Brasil mantém um padrão de cobertura vacinal, mas em 2017 se inicia um processo de redução dos números de

vacinações. Uma explicação possível seria a existência de um processo de negação a respeito da existência de doenças as quais as vacinas protegem, como Carla Domingues, coordenadora do Plano Nacional de Imunização explica no trecho a seguir, que deu em entrevista a Revista Consensus em dezembro de 2017, “Hoje, como a doença desapareceu, os pais que foram beneficiados pela vacina e que por isso não conviveram com a doença, muitas vezes não percebem a importância da imunização. Por isso, é imprescindível mostrar que, apesar de raros os casos, as doenças ainda existem e que, portanto, é primordial vacinar as crianças”. Outro fenômeno que justifica essa diminuição na vacinação, é um falso estudo de 1998 publicado por um médico inglês chamado Andrew Wakefield, associando vacinas ao autismo, que voltou em 2016, causando grande medo na população e receio de vacinar suas crianças e, por mais que o artigo tivesse sido desmentido por vários outros cientistas, causou grande impacto nas vacinações, essa notícia foi publicada pelo Portal Butantan, no dia 14/10/2021.

Por fim, o objetivo geral deste trabalho “Analisar o desempenho do Sistema de Saúde do estado do Rio de Janeiro, tendo como base as dimensões do acesso e da utilização” encontra-se concluído mas, abre margem para novas questões, como qual a razão dessa constante tanto nas ações de saúde, quanto para seus resultados nos indicadores, o propósito geral do SUS, sempre vai ser fornecer um atendimento de qualidade, gratuito e para todos, talvez seja necessário uma revisão da maneira de proceder por parte dos gestores que programam os PES e PAS, para que aconteçam mudanças significativas nos indicadores de uma dimensão tão importante para saúde que é o acesso.

## **7. REFERÊNCIAS**

REVISTA CONSENSUS. A queda da imunização no Brasil. Disponível em <<https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil>>. Acesso feito em 21/11/2022.

BARATA, L.; TANAKA, O.; MENDES, J. 15 ANOS DO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS, 2003. Disponível em <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/O15anosdoSUS.pdf>>. Acesso feito em 07/09/2022.

BRASIL, ministério da saúde. Plano Nacional de operacionalização da vacina contra o covid-19, disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19>>, acesso feito em 01/04/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>, acesso feito em 01/04/2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. acesso feito em 01/04/2022.

ROSA, T. Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos? Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/>>. Acesso feito em 27/09/2022.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

Fleury, Sonia Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista!. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 11 [Acessado 25 Maio 2022] , pp. 3553-3559. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.15052015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.15052015>.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

Moreira, Marcelo Sevybricker e Santos, Ronaldo Teodoro. CIDADANIA REGULADA E ERA VARGAS: A INTERPRETAÇÃO DE WANDERLEY GUILHERME DOS SANTOS E SUA FORTUNA CRÍTICA. *Estudos Históricos* (Rio de Janeiro) [online]. 2020, v. 33, n. 71 , pp. 539-558. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S2178-14942020000300006>>. Epub 14 Set 2020. ISSN 2178-1494. <<https://doi.org/10.1590/S2178-14942020000300006>>. acesso feito em 01/04/2022.

Travassos, Claudia e Martins, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, suppl 2 , pp. S190-S198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>. Epub 28 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>. acesso feito em 01/04/2022

Ugá et al. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento Relatório final, 2011. Disponível em: <[https://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO\\_FINAL%20\\_com\\_sumario\\_atualizadorev%202014.pdf](https://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf)> acesso feito em 06/05/2022.

Viacava et al. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento Relatório final, 2011. Disponível em: <[https://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO\\_FINAL%20\\_com\\_sumario\\_atualizadorev%202014.pdf](https://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf)> acesso feito em 06/05/2022.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 4, pp. 921-934. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>>. Epub 23 Abr 2012. ISSN 1678-4561. <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>>. acesso feito em 01/04/2022.

SZWARCWALD, Célia Landmann, Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019, 2020 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qbhk5mGhJNb6hvrygNkPBGz/?format=pdf&lang=pt>>. acesso feito em 06/05/2022.

PEREIRA, A. Regionalização e redes de atenção, 2015. Acesso feito em 07/08/2022.

o SUS e a efetivação do direito humano à saúde/Centro de Educação e Assessoramento Popular.; Organização Pan-Americana da Saúde. Passo Fundo: Saluz, 2017. Disponível em <<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/images/documentos/cartilha-ceap.pdf>>. Acesso feito em 09/09/2022.

BRASIL, ministério da saúde, Pesquisa Nacional de Saúde, 2021. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/inqueritos-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude>> , acesso feito em 23/11/2022.

Abdullatif , M e Monteiro, P. Saiba mais sobre Brian Deer, o homem que desmascarou a fraude que ligava vacinas ao autismo disponível em: <<https://butantan.gov.br/butantan-educa/saiba-mais-sobre-brian-deer-o-homem-que-desmascarou-a-fraude-que-ligava-vacinas-ao-autismo>> acesso feito em 23/11/2022.