

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE GERÊNCIA
EM SAÚDE INTEGRADA AO ENSINO MÉDIO
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Michelle Dias Ferreira

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:

O que dizem os indicadores

Rio de Janeiro

2019

Michelle Dias Ferreira

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:

O que dizem os indicadores

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Orientadora: Simone Cristina da Costa Ferreira

Rio de Janeiro

2019

Michelle Dias Ferreira

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA:

O que dizem os indicadores

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

(Simone Cristina da Costa Ferreira - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio)

(Flavio Astolpho Vieira Souto Rezende – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio)

(Raquel Barbosa Moratori - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar em que medida a atenção básica, a principal porta de entrada do sistema, garante o acesso e a utilização dos serviços de saúde para a população do município do Rio de Janeiro. Para isso foi descrita a política de atenção básica e os aspectos de sua implantação no município do Rio de Janeiro; identificamos as políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde, para ampliação do acesso a partir da atenção básica e, foram analisados um conjunto de indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde. A pesquisa realizada foi do tipo quali-quantitativa, quanto aos procedimentos, realizamos pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa em base de dados.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Utilização de serviços de saúde, Atenção básica.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	5
LISTA DE TABELAS.....	5
LISTA DE FIGURAS.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE...../.....	8
3. A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS.....	11
3.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE MARCOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: 30 anos (1988-2018) de avanços e retrocessos.....	28
4. ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE.....	31
5. RESULTADOS.....	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	42

LISTA DE QUADROS

QUADRO I - Indicadores de acesso PROADESS.....	8
QUADRO II – Princípios do SUS.....	15
QUADRO III - PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS DA APS NO BRASIL.....	22
QUADRO IV - Síntese dos programas vinculados à Atenção Básica.....	24
QUADRO V - Trajetória da Organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1988 – 2017.....	28
QUADRO VI - Indicadores de acesso PROADESS e interpretação.....	34

LISTA DE TABELAS

TABELA I - Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família.....	35
TABELA II - Internação Hospitalar.....	36
TABELA III - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.....	37
TABELA IV - Cobertura por planos de saúde.....	37
TABELA V - Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas no Município do Rio de Janeiro, por % Clínicas e Cirúrgicas por Ano de processamento segundo Região de saúde de residência.....	39
TABELA VI - Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente.....	40

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I.....	38
---------------	----

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o termo dado para o nível que presta os cuidados primários de saúde, sendo de sua atribuição as ações de prevenção e promoção da saúde, como por exemplo: campanhas sanitárias e de vacinação. Nesse sentido, teoricamente a APS é o primeiro contato assistencial de uma organização em saúde com a população/clientela, a mesma é responsável por produzir ações de prevenção, proteção e promoção à saúde combatendo as enfermidades corriqueiras do território (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Todavia, embora a “APS” seja o termo reconhecido internacionalmente para denominar o nível primário, a prestação de serviços do cuidado primário em saúde foi desenvolvida e praticada de diversas formas no mundo, gerando conceitos mais amplos ou delimitados da mesma e até novas nomenclaturas. Assim aconteceu no Brasil, que ao praticar a atenção primária, no início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com um caráter de assistência simplificada e focalizada é criado o nome “Atenção Básica” para designar o cuidado primário da época. Passado os anos e tendo uma construção mais ampla de atenção primária, alguns autores no Brasil já usam a terminologia reconhecida no mundo. Todavia, o Ministério da Saúde acabou adquirindo o termo “Atenção Básica” para denominar a APS no Brasil (CONASS, 2011).

Atualmente o Ministério da saúde define esse primeiro nível como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017)

Como exposto anteriormente, a APS no Brasil conseguiu, ao longo do tempo, obter uma concepção mais abrangente, ampliando o escopo dos seus serviços e a função que exerce para o sistema de saúde. Podemos ver isso com a organização em redes que o SUS apresenta na atualidade, onde tem a Atenção Básica - AB como o centro, que fica responsável pela saúde da população do território e em encaminhar os usuários para os outros níveis, caso necessário. Tendo assim, a ação ordenadora e coordenadora do cuidado que é reafirmada no

decreto 7.508 de 2011 e colocada como uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB).

Essa função coordenadora e ordenadora faz com que o sistema funcione em forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que é uma forma de organização poliárquica onde tem no seu centro a APS (coordenadora e ordenadora da rede) e ao seu redor os outros pontos de atenção (secundário e terciário) interligados nela, possibilitando assim a integração e articulação entre os níveis de atenção. Tal formato de sistema faz com que a APS tenha que ter uma função resolutiva atendendo 90% das enfermidades mais comuns que a população apresenta (MENDES, 2015).

Neste sentido, a Atenção Básica além de ser a principal porta de entrada do SUS, também é um nível de atenção que pode reduzir o agravo de algumas doenças através de suas ações preventivas, tirando as vezes o foco das doenças agudas e direcionando-as para as condições crônicas, sendo assim um nível de atenção que promove uma eficiência no Sistema Único de Saúde - SUS, visto que, ao conseguir resolver a maioria dos problemas de saúde não submete o usuário a procedimentos invasivos e também evita custos desnecessários nos outros níveis de atenção.

Ademais, essas responsabilidades que a APS do Brasil tem podem ser um mecanismo de melhoria do acesso aos serviços de saúde pública que é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988. O acesso universal foi uma conquista da luta da Reforma Sanitária Brasileira que possibilitou os cidadãos terem serviços de saúde de forma “gratuita”, como exemplo: diagnóstico, consultas, ações preventivas, etc, dando assim uma maior expectativa de qualidade e longevidade de vida para a população.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar em que medida a atenção básica, a principal porta de entrada do sistema, garante o acesso e a utilização dos serviços de saúde do SUS. Fazendo um recorte de estudo para o território do município do Rio de Janeiro. Assim, tivemos os seguintes objetivos específicos: descrever a política de atenção básica e sua implantação no município do Rio de Janeiro, descrever as políticas públicas para ampliação do acesso a partir da atenção básica e analisar os indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

Para a execução do primeiro objetivo, foi realizada pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, buscando revisar o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde e também

a política de atenção básica. Além disso, foi realizada pesquisa em sites governamentais sobre as políticas implementadas na região estudada.

Para o segundo objetivo realizei pesquisa documental e busca em sites governamentais com o objetivo de saber se o Estado fornece programas para ampliação do acesso e em caso positivo, identificar quais são eles.

No terceiro, para medir o acesso e utilização dos serviços de saúde, utilizei como base o modelo de análise proposto pelo PROADESS - Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde que tem como finalidade colaborar para o controle e avaliação do SUS. Esse Projeto trabalha com as seguintes dimensões de avaliação: determinantes da saúde; condições de saúde da população; estrutura do sistema de saúde, e desempenho dos serviços de saúde (VIACAVA et al, 2004). Na dimensão desempenho, a categoria acesso é medida a partir dos indicadores, neste sentido selecionamos alguns deles que estão apresentados no quadro I. Os dados coletados foram dos anos de 2009, 2014 e 2018, tendo o objetivo de entender se os marcos/políticas que antecedem aos respectivos anos conseguiram gerar alguma mudança.

QUADRO I - Indicadores de acesso PROADESS

Cobertura pela Estratégia Saúde da Família
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente
Internação hospitalar
Internações cirúrgicas realizadas fora da Região de Saúde de residência
Internações clínicas realizadas fora da Região de Saúde de residência

Fonte:Quadro elaborado pelo próprio autor, 2019.

Para análise dos indicadores, realizei uma seleção dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informação em saúde, utilizando o tabulador Tabnet/Datasus.

Contudo, a escolha pessoal por esse tema aconteceu pois estou me formando como uma profissional de saúde do SUS e tinha como objetivo retornar a assuntos abordados durante a minha trajetória do curso e também aprofundá-los. Dessa forma, primeiramente apresento de forma mais precisa o assunto central da pesquisa, como podem ver a seguir.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o termo dado para o nível que presta os cuidados primários de saúde, sendo de sua atribuição as ações de prevenção e promoção da saúde, como por exemplo: campanhas sanitárias e de vacinação. Nesse sentido, teoricamente a APS é o primeiro contato assistencial de uma organização em saúde com a população/clientela, a mesma é responsável por produzir ações de prevenção, proteção e promoção à saúde combatendo as enfermidades corriqueiras do território (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

De acordo com Mendes (2015, p. 29), “A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson”. Advém deste relatório a concepção das Redes de Atenção à saúde coordenadas pela APS. Ainda segundo o autor, o relatório descreveu uma forma de organização para o setor saúde de maneira integrada, designando o papel de cada nível no sistema e a ligação que os mesmos deveriam ter entre si, colocando o primeiro nível como ponto de partida para um sistema de saúde mais resolutivo.

O pensamento *dawsoniano* estabelece um sistema de saúde organizado de forma regionalizada, que ao pôr a APS como responsável pela saúde da população do território e encaminhar os usuários, caso necessário, para os outros pontos de atenção da rede, faz com que a organização reduza custos na utilização de tecnologias desnecessárias, um dos focos da época. Cabe destacar que além de diminuir custos, essa forma de organização fica voltada a atender de forma mais preventiva e abrangente as necessidades de saúde que a população apresenta (MATTA, 2008).

Apesar da característica de primeiro nível de assistência à saúde, a prestação de serviços da APS foi desenvolvida e praticada de diversas formas no mundo, gerando conceitos mais amplos ou delimitados da mesma. Giovanella e Mendonça (2008) destacam que a expressão Atenção Primária em Saúde (primary health care) tem sido empregada de distintas maneiras.

Um dos marcos mais importante na contribuição da construção à APS e que no decorrer da história nos possibilita entender o motivo das diferentes interpretações que esse primeiro nível recebeu foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde

que ocorreu em 1978 em Alma-Ata, onde foi acordado entre 134 países a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e estabelecido que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (Opas/OMS, p. 1, 1978)

A conferência de Alma-Ata, como ficou conhecida, afirmava ainda a APS como o primeiro contato com o sistema de saúde, devendo este ser próximo às pessoas - fisicamente acessível e um elemento de continuidade no processo de atenção à saúde.

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, p. 1, 1978)

Na avaliação de Mendes (2015) embora os países desenvolvidos já tivessem adotado em boa parte essa concepção de APS e a organização proposta, os países pobres estavam distantes de atingir tal objetivo, nos explicando assim o que ocasionou as diferentes interpretações para o cuidado primário em saúde.

Giovanella e Mendonça (2008), Mendes (2015) identificam as abordagens principais de APS, sendo elas: (i) o programa focalizado e seletivo que faz intervenções apenas para combater e controlar as principais doenças em países pobres, como por exemplo doenças que levam à mortalidade materno-infantil; (ii) a atenção primária como um dos níveis da assistência à saúde que organiza e faz funcionar a porta de entrada, resolvendo os problemas de saúde mais comuns da população através de serviços com médicos de família; (iii) a APS de forma abrangente, modelo proposto na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Giovanella e Mendonça incluem entre as abordagens aquela que reconhecem o pensamento que direciona ações emancipatórias com o objetivo de alcançar uma saúde para todos, no qual extrapola a visão apenas assistencial da APS, trazendo a

importância de observar os determinantes sociais, um dos pontos também abordado na Conferência de Alma-Ata.

O Conass (2011) faz uma leitura similar localizando as características do modelo adequadas às diferentes realidades: atenção primária seletiva, atenção primária à saúde, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada .

O conceito de atenção primária orientada para comunidade surgiu nas áreas rurais da África do Sul na década de quarenta, definindo a clientela e programas comunitários que no decorrer do tempo seriam avançados e também ações: de acessibilidade; com auxílio de habilidades clínicas e epidemiológicas; com participação da comunidade nas ações de promoção à saúde e gerenciamento das ações em saúde de forma integral. Tendo assim, uma concepção de uma saúde ampla e inclusiva (Conass, 2011).

Já a Atenção Primária renovada, de acordo com a OPAS/OMS (2007) surge por vários motivos, dentre eles: (i) superar os problemas ainda existentes; (ii) enfrentar os novos desafios epidemiológicos; (iii) consertar as inconsistências de conceitos muito divergentes da APS; (iv) a inovação de técnicas e saberes que tornam a APS mais eficaz; e por fim (v) o reconhecimento progressivo que põe o primeiro nível como instrumento para fortalecer a diminuição das iniquidades no setor saúde.

Nesse sentido, é possível identificar que essa concepção mais contemporânea que as demais, tem uma aproximação com a APS discutida em Alma-Ata que trouxe a importância dos determinantes sociais para o agravo em saúde e a saúde como um direito humano. Todavia, essa abordagem também traz a crítica de que os diversos conceitos atribuídos, ao longo do tempo, à APS tornou-a expansiva e confusa (OPAS/OMS, 2007).

Esses marcos históricos influenciaram as organizações de saúde de vários países no mundo e deixaram três legados, quais sejam: (a) a saúde como um direito humano, (b) a importância da organização em saúde e (c) a APS como elemento que pode tornar o sistema de saúde mais eficaz. Visto isso, atualmente identifica-se que esses fatos influenciaram na construção da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, que é o que veremos a seguir.

3. A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS

No Brasil a década de 80 foi marcada pelo processo de redemocratização e no campo das políticas públicas, destaca-se a reformulação da política de saúde ao incluir o direito universal e a ampliação de cobertura à toda a população brasileira. A Constituição Federal de 1988 na seção II do Art. 196º afirma a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Antes da CF de 88, a assistência à saúde não se constituía como um direito de cidadania. Os cidadãos que tinham acesso à assistência à saúde eram os que podiam pagar de forma direta ou que trabalhavam de carteira assinada e contribuía para o sistema previdenciário vigente à época - o que ficou conhecido como cidadania regulada. Este conceito foi definido por Wanderlei Guilherme dos Santos (1979), que localizava a cidadania restrita e condicionada a um sistema de estratificação social, que incluía trabalhadores de determinadas ocupações, reconhecidas em lei. O direito estava condicionado a importância da profissão no processo produtivo do país à época. Na avaliação do autor havia o cidadão e o pré-cidadão, este último fazendo parte do processo produtivo, porém para efeitos legais, sem reconhecimento.

Na saúde este modelo ficou conhecido como modelo previdenciário-privatista inicialmente organizado através das Caixas de Aposentadorias e Pensões e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, posteriormente unificados no Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social - INPS. A lógica vigente até aqui era a organização da assistência vinculada à contribuição previdenciária, limitada aos trabalhadores inseridos formalmente na economia. Existiam outros componentes que atuavam no cenário da saúde voltados à atenção à população não inserida no sistema previdenciário e principalmente as camadas mais pobres da mesma, com ações preventivas, a atenção de urgência-emergência e as entidades filantrópicas, que realizavam assistência médica para aqueles que não podiam pagar (CARVALHO, 2013).

De acordo com Escorel (2008, p. 390)

Os demais cidadãos que não contribuía para a previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculosos, hansenianos etc.) em serviços de saúde filantrópicos, como as Santas Casas, ou em consultórios e clínicas privadas, desde que tivessem esse poder aquisitivo.

A atenção primária era ofertada pelo Estado através do Ministério da Saúde que fazia as campanhas de vacinação e controle de endemias e também pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) que atuava no campo da saúde pública em regiões específicas, tendo como prioridade o interior do Norte e Nordeste, e de instituições de caráter filantrópico. Ademais, o Ministério da Saúde além de executar ações de cuidado primário, também prestava assistência para algumas doenças como tuberculose e de saúde mental através de alguns hospitais especializados (SOUZA, 2002).

Nessa época, adotar um modelo de saúde pública e universal não era uma opção, visto que, o regime militar que governava o país diminuía os gastos com políticas sociais sendo a favor da privatização. Essas medidas só pioravam a situação da saúde da população, gerando um grande movimento contra o governo e a favor da redemocratização da saúde (SCOREL, 2008).

Segundo Scorel; Nascimento; Edler (2005, p. 62)

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde - principalmente médicos, acadêmicos e cientistas - debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor saúde, [...] fundiu-se com outros movimentos sociais, [...] que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia.

Na leitura de Paim (2009), esse processo iniciado desde a década de 70, cujo termo dado de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) é interpretado como uma trajetória (ideia – movimento – processo) que gerou um fenômeno histórico e social. Nessa perspectiva, esse movimento trazia um projeto com uma política de proteção social abrangente que viria reformular o campo da saúde. Tal proposta implicava em uma ampla reforma social com o objetivo de melhorar as condições de vida da população, trazendo para a área da saúde as principais medidas: a saúde como um direito de todos; o acesso aos serviços de saúde realizados por um sistema de forma integral; a redistribuição do poder e responsabilidade entre os três níveis de governo (descentralização); e por fim, a população participando no controle dos serviços de saúde (BAPTISTA, 2007).

Souza (2002, p. 13) destaca que:

Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país.

Após o fim da ditadura em 1985, o projeto da RSB foi levado para a 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, onde teve a presença de diversos indivíduos envolvidos na área da saúde que discutiram a reformulação desse setor e colocaram em pauta a importância da saúde como direito de todos. Ademais, essa CNS, que sistematizou as propostas da RSB, representava uma das conquistas do processo de luta pelos direitos civis e sociais. Nesse sentido, esse fórum foi uma iniciativa que mostrou o processo de redemocratização do país, que foi consolidado posteriormente em 1988 com a CF (FAUSTO, 2005).

O modelo democrático do país possibilitou a construção do Sistema Único de Saúde – SUS regulamentado a partir da Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142 de 1990), acabando assim com a dicotomia entre o Ministério da Saúde que fazia ações preventivas para toda a população e o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social que prestava serviços de saúde apenas para o trabalhador e seus dependentes, desde que tivesse um trabalho formal, com registro na carteira de trabalho. Sendo assim, podemos dizer que o SUS trouxe uma nova organização no setor saúde.

Na avaliação de Baptista (2007), o SUS foi peça-chave na implantação das medidas que visavam um modelo de seguridade social abrangente. Esse sistema fundado com caráter universal, integral e equânime, trouxe a possibilidade de toda a população poder obter serviços de saúde tanto preventivos quanto curativos.

Assim, o SUS trouxe uma concepção abrangente de saúde, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação em saúde com caráter individual e/ou coletivo, realizando ações em diversas áreas, como vigilância sanitária, nutrição, epidemiologia, saúde do trabalhador, entre outras e procedimentos como: internações, exames, consultas, cirurgias, transplantes, UTI, entre outros (CARVALHO, 2013).

Nesse sistema público, a assistência à saúde é formada a partir de três níveis de atenção, sendo eles a atenção básica (primária), com ações de prevenção, promoção e

recuperação da saúde, vinculadas à clínica médica, pediatria e ginecologia. A especializada/ambulatorial (secundária), com especialidades médicas, tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade e; a atenção hospitalar (terciária) com as ações de saúde que se realizam em ambiente hospitalar, destacadamente as internações. Essa hierarquização na organização do sistema não determina a qualidade dos serviços, mas a gradação de complexidade e quantidade tecnológica que eles fornecem.

A hierarquização é uma forma de organização do acesso e, neste sentido, a população deverá caminhar dentro do sistema tendo a APS como a principal porta de entrada do sistema, acessando os demais níveis de acordo com a sua necessidade, numa perspectiva crescente. Na realidade isso nem sempre acontecerá desta forma, pois o usuário pode entrar no sistema de saúde por diferentes pontos de atenção. Cecilio (1997) faz a crítica a este modelo piramidal, reconhece o papel da rede de urgência e emergência como uma das principais portas de entrada do sistema e ressalta a necessidade de todo ponto de atenção ser qualificado para realizar o acolhimento e a responsabilização.

Visto pelo exposto, observa-se que a RSB foi um grande passo para a saúde pública do Brasil, visto que, parte do que está posto na CF 88 e nas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 que regulamentam o SUS foram propostas produzidas por esse movimento, como podemos ver alguns desses princípios no quadro abaixo:

QUADRO II – Princípios do SUS

Princípios	
Universalização	A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade	O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
Integralidade	Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.
Princípios Organizativos/Diretrizes	
Regionalização e Hierarquização	Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único	Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
Participação Popular	A sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Fonte:Quadro elaborado pelo próprio autor, 2019.

Dentre os princípios acima, no início da construção do SUS, foram priorizadas a universalização e a descentralização da saúde (FAUSTO, 2005). A primeira, pois a luta da Reforma Sanitária que trouxe a implementação do SUS tinha como seu objetivo central alcançar o direito ao acesso à saúde universal e a segunda porque naquele momento havia um conflito entre o avanço do projeto neoliberal que defendia a diminuição de gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde através do setor privado contra a integridade do SUS e suas diretrizes, fazendo com que o Ministério da Saúde (MS), em 1990, composto por estrutura, serviços, profissionais da assistência médica previdenciária, transferisse a responsabilidade da APS para os municípios (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

A partir disso, há um distanciamento das discussões que eram feitas desde 1970 sobre a importância da APS para a organização em saúde, desse modo permanecendo as práticas de

saúde focalizadas e seletivas dos anos passados, prática esta influenciada por programas norte-americano (FAUSTO, 2005).

Inicialmente, temos como os mais conhecidos o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF). O Pacs era um programa focalizado e seletivo, em que voluntários da própria comunidade eram recrutados de forma informal para trabalhar com a orientação de enfermeiros na prevenção e combate de doenças locais, como por exemplo, a Cólera na região Norte do país. Ao longo do tempo, esse programa foi se aperfeiçoando assim como o PSF que surgiu em 1993 com caráter restrito, mas com as novas organizações na atenção primária conseguiu se tornar uma estratégia para a APS através da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Na leitura do Conass (2011) esse momento, em que a APS assume um caráter de assistência simplificada e focalizada explica os motivos do termo “Atenção Básica” criada no Brasil para designar o cuidado primário da época. Passado os anos e tendo uma construção mais ampla de atenção primária, alguns autores no Brasil já usam a terminologia de APS que é o termo reconhecido no mundo. Todavia, o Ministério da Saúde acabou adquirindo o termo “Atenção Básica” para denominar a APS no Brasil.

Na década de 1990, as NOB (NOB: 91;93,96) foram mecanismos utilizados para regulação do processo de descentralização da saúde e também trataram de outros assuntos da organização do sistema de saúde. Nesse sentido, a NOB 96 foi uma portaria do ministro da saúde que colaborou com o processo de descentralização e abordou o processo de organização dos serviços em saúde de uma forma mais abrangente e integral (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001).

Os principais marcos desse ato normativo podem ser divididos em 3 partes: (i) o processo de descentralização da saúde, que através desta NOB trouxe uma nova modalidade de transferências, sendo repassados os recursos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e estados de forma direta; (ii) mudanças no modelo da APS, transformando o Programa de Saúde Família em uma estratégia e o fortalecendo; e (iii) a pretensão de definir indicadores de produção e de impactos epidemiológicos (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001).

A adoção do PSF como uma estratégia possibilitou a execução de serviços mais abrangentes, reestruturando a APS no SUS e articulando-a com os outros níveis.

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (Giovanella e Mendonça, 2008, p. 519).

A existência dos serviços feitos pelo Pacs colaborou para a construção e execução dos serviços que começaram a serem feitos pela Equipe de saúde da família (EqSF) do Programa de Saúde da Família. De acordo com Giovanella e Mendonça (2008, p. 519) ações como “diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e programação local; complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual; estímulo à ação intersetorial; acompanhamento e avaliação” já eram realizadas pelo Pacs, que ao ser incorporado na Estratégia de Saúde da Família, foram introduzidas como atividades da EqSF.

Na perspectiva da reconstrução da APS no SUS, em 1997, o Ministério da Saúde elabora um documento nomeado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, colocando a Saúde da Família como um projeto. Esse aspecto traz a família como elemento principal da atenção à saúde, sendo compreendida a partir do local que reside, observando assim o quanto o ambiente e as relações estabelecidas nele podem influenciar na saúde dos indivíduos. Nesse sentido, passando a ter uma compreensão de atenção à saúde mais abrangente, em que ao entender a importância do local onde vivem os usuários para o agravamento em saúde, torna possível conhecer as reais necessidades de saúde apresentadas no território e, conseqüentemente, formulações de ações mais efetivas para o mesmo (BRASIL, 1997).

Posteriormente, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/01 que reconhecia a Regionalização em Saúde como um instrumento fundamental para alcançar os princípios norteadores do SUS. Cabe destacar que os processos anteriores fortalecendo a descentralização (NOB 01/93 e 01/96) possibilitaram a retomada dessa diretriz.

Na conjuntura pelo Pacto da Saúde em 2006, que trouxe medidas para o fortalecimento da saúde pública, é criada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na qual reavalia o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e traz uma

abordagem mais abrangente para o cuidado primário em saúde, reconhecendo assim a reorganização e substituição do modelo assistencial antigo para o modelo da ESF. No entanto, a PNAB de 2006 declara que mesmo assim haverá UBS's atuando ou não com a ESF, retornando ao modelo anterior (MELO et al, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o documento que estabelece diretrizes e normas para a APS em todo o território brasileiro. Tendo em sua primeira versão (PNAB 2006) o objetivo de revisar diretrizes e normas para o PACS, PSF e da atenção primária como um todo (BRASIL, 2006)

O Pacto pela Saúde foi um momento em que gestores da saúde pública firmaram um acordo com um conjunto de ações sanitárias que seriam analisadas anualmente com fundamento nos princípios do SUS, organização das ações em saúde a partir do conhecimento das necessidades de saúde apresentadas pela população e definição de três pactos: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão do SUS, que deveriam ser componentes obtendo ações prioritárias de forma articulada e integral (BRASIL, 2006)

Apesar dos avanços realizados em 2006, não foi possível superar alguns entraves, como: “infraestrutura inadequada, subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração dos profissionais de saúde.” Para isso, em 2011 através da Portaria 2.488, ocorre modificações na PNAB que vem com as seguintes ações: reformas, ampliações, construções e informatização através do Requalifica SUS, o Programa Mais Médicos - PMM, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ, o e-SUS AB, a criação de diferentes modalidades de equipes, como por exemplo o consultório na rua (MELO et al, 2018). Além disso, no ano de 2011 é instituído, através Decreto 7.508, as Regiões de Saúde.

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Dentro das Regiões de Saúde terá as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que é uma forma de organização poliárquica que tem no seu centro a APS (coordenadora e ordenadora da rede) e ao seu redor os outros pontos de atenção (secundário e terciário) interligados nela, possibilitando assim a integração e articulação entre os níveis de atenção, fazendo nos relembrar da abordagem feita no Relatório de Dawson (MENDES, 2015).

Através do decreto 7.508 de 2011 a APS é afirmada como a principal porta de entrada aberta do sistema, mas também através do Art. 9º este documento identifica outras portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde, tais como a atenção de urgência e emergência; psicossocial; e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, observa-se que essas ações da PNAB de 2006 e 2011 caminham na perspectiva de enfrentar os nós críticos do sistema, avançando assim na melhoria da APS. Todavia, o início da crise política e econômica em 2014 e 2015 no país atinge o SUS, retrocedendo-o em 2016 com a Emenda Constitucional nº 9.520 que congela gastos na saúde e educação e também provocando a revisão e aprovação da PNAB de 2017 (MELO et al, 2018).

Em entrevista para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) em 2017, a pesquisadora Márcia Valéria Morosini que é professora-pesquisadora da Instituição destaca que a edição da PNAB 2017 não priorizou a ESF e em suas modificações foi possível notar a retirada do compromisso de cobertura de 100% da população que estava posto na PNAB anterior. A pesquisadora aborda também algumas problemáticas que a Nova PNAB trouxe, como: os ACS's serem suficientes para cobrir 100% da população apenas em áreas vulneráveis (sem definir "vulnerabilidade" no texto), a flexibilização da carga horária para as equipes de atenção básica, a desregulamentação do financiamento da ESF (possibilitando reducionismos), a possibilidade de financiar o modelo antigo, entre outras, traduzindo assim o nome da Matéria 'A nova PNAB é uma volta ao passado'.

Nesta edição é possível identificar as modificações a partir de 3 dimensões: Princípios, diretrizes e conceitos da AB; Organização e funcionamento das equipes e unidades de saúde; e Gestão e financiamento do nível primário. Dentre os campos, o que teve mais alterações foi a Organização e funcionamento das equipes e unidades de saúde, que foram: reconhecimento de outras possibilidades de estrutura para a APS para além da Saúde da família, como por exemplo a Equipe de Saúde Bucal que agora podem cobrir as unidades básicas tradicionais; a quantidade de usuários por EqSF para de ter a média recomendada de 3000 pessoas/equipe e torna-se uma faixa de 2000-3500 pessoas/equipe; a quantidade mínima de ACS por equipe passa de 4 para 1; os ACS passam a ser responsáveis por cobrir 100% da população em risco e vulnerável ao invés de 100% da população da EqSF; a carga horária de 8 horas para

formação dos profissionais é extraída; todos os profissionais passam a ter que cumprir 40 horas semanais, entre outras medidas.

Atualmente, a assistência à saúde no SUS é organizada em forma de redes de saúde, tendo a APS como seu centro, que fica responsável pela saúde da população do território e em encaminhar os usuários para os outros níveis, caso necessário. O Ministério da Saúde define esse primeiro nível como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

A APS no Brasil é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB que até o momento obteve 3 edições e como podemos ver, a mesma tem o objetivo de revisar as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e os programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Tendo os seguintes princípios e diretrizes abaixo:

QUADRO III - PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS DA APS NO BRASIL.

Princípios Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.	Territorialização
	Intersetorialidade
	Caráter substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)
	Equipes multiprofissionais
	Baseado nas necessidades e expectativas das populações
	Voltado para a qualidade de vida

<p>Atributos/Elementos/Características da APS</p> <p>São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.</p>	Primeiro contato
	integralidade
	longitudinalidade
	coordenação
	Enfoque na pessoa (não na doença) e na família
	Valorização dos aspectos culturais
	Orientado para a comunidade
	Não únicos da APS, mas essenciais:
	Registro adequado
	continuidade de pessoal
Comunicação	
Qualidade clínica	
Defesa da clientela (advocacia)	

Adaptado de CONASS (2011, p. 20)

A partir desses princípios e diretrizes expostos acima, podemos ver que, teoricamente, a APS no Brasil traz um discurso abrangente, entretanto através das medidas da PNAB de 2017 que mexe na estrutura da APS e outras medidas como o congelamento dos gastos da saúde por 20 anos, podemos ver que essa concepção ampla de saúde está distante da realidade.

Assim, Mendes (2015) destaca que o SUS precisa superar a prática social da atenção primária através da APS seletiva e/ou como nível primário do sistema, e consolidar de vez a APS como estratégia, que é a que poderá tornar possível a efetivação dos princípios e diretrizes previstos na lei.

Nesse sentido, ao longo do tempo, é criado programas e ações no nível primário que tentam colocar em prática os objetivos explícitos no quadro acima. Esses programas e ações tentam fortalecer a concepção abrangente de APS, como podemos ver no quadro abaixo:

QUADRO IV - Síntese dos programas vinculados à Atenção Básica

Programa Nacional de Controle do Tabagismo (1989)	O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco.
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991)	Esse programa é uma estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, tendo como suas atribuições: cadastramento da população, mapeamento do território, identificação de microáreas de risco, realização de visitas domiciliares, entre outras. Atualmente o PAC's é uma estratégia transitória para o PSF.
Estratégia Saúde da Família (ESF) (1993)	Busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco.
Cartão Nacional de Saúde (CNS) (2001)	Documento de identificação do usuário do SUS
HumanizaSUS (2003)	Efetiva os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

<p>Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) (2003)</p>	<p>Tem a meta de reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos no país, reunindo medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS</p>
<p>Programa De Volta Para Casa (PVC) (2003)</p>	<p>Garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.</p>
<p>Programa Farmácia Popular do Brasil (2004)</p>	<p>Tem o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.</p>
<p>SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (2004)</p>	<p>Tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.</p>
<p>Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006)</p>	<p>Garante à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional</p>
<p>Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (2006)</p>	<p>Atende à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia.</p>
<p>Programa Saúde na Escola (PSE) (2007)</p>	<p>O PSE contribui para a formação integral de estudantes, a partir de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino.</p>

<p>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2011)</p>	<p>Criado em julho de 2011, o PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento.</p>
<p>Rede Cegonha (2011)</p>	<p>Estratégia reúne um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para mulheres, da gravidez até os dois primeiros anos de vida da criança.</p>
<p>Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (2011)</p>	<p>Propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.</p>
<p>Programa Academia da Saúde (2011)</p>	<p>Possui a estratégia de promoção e produção do cuidado com a saúde, a partir da implantação de espaços públicos.</p>
<p>Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (2013)</p>	<p>Define compromissos e responsabilidades para as três esferas de governo: a federal, com financiamento e apoio técnico, a estadual e a municipal, buscando induzir a implementação de iniciativas que garantam a melhoria das ações de vigilância em saúde.</p>
<p>Programa Mais Médicos (2013-2019) *substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil</p>	<p>Criado em 8 de julho de 2013 o projeto propõe a melhoria do atendimento aos usuários do SUS, levando médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais.</p>
<p>Atenção Integral à Saúde das Pessoas no Sistema Prisional (2014)</p>	<p>Tem o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS</p>

Melhor em Casa - Serviço de Atenção Domiciliar (2016)	Serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento
Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS) (2017)	Criado com o objetivo de implantar o Prontuário Eletrônico em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Fonte: Quadro elaborado pelo próprio autor, 2019.

As Unidades Básicas de Saúde – UBS, que ficam perto do lugar de moradia dos indivíduos, utilizam desses componentes como forma de tornar o serviço de saúde mais amplo, voltado para a família e o território, intensificando os serviços de prevenção, proteção e promoção à saúde e tornando o indivíduo um ser mais participativo no processo.

Visto pelo exposto, podemos ver que a APS no Brasil carrega muitas responsabilidades, dentre entre elas está a de ser a coordenadora e ordenadora do cuidado, ou seja, a mesma é a principal porta de entrada do SUS e utiliza da referência para encaminhar os usuários para os outros níveis de atenção e manter o vínculo deles com a UBS. Isto é, a referência é a transferência que uma unidade faz do indivíduo para outro nível que poderá atendê-lo de acordo com suas necessidades e, depois de ter recebido os cuidados necessários é feito o retorno que é denominado de “contra-referência” para a unidade básica que encaminhou o usuário (PEREIRA, 2015). Esse processo de regulação do acesso aos outros pontos da rede acontece da seguinte forma:

A regulação do acesso à atenção à saúde dá-se por meio de uma solicitação de um gestor ou de serviço demandante a uma central de regulação que opera com um software eletrônico e que agenda o serviço num prestador adequado para o atendimento pronto e de qualidade à pessoa usuária, em conformidade com os fluxos de atenção previamente definidos (MENDES, 2015, p. 130).

Essa ação ordenadora e coordenadora que é reafirmada no decreto 7.508 de 2011 e uma das diretrizes da PNAB que se faz importante, pois pode representar um mecanismo associado à melhoria do acesso (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008).

Sendo assim, a APS dentro da organização do SUS, tem um papel fundamental em relação ao acesso dos usuários para os outros níveis de atenção, visto que, a mesma é a principal porta aberta do sistema, sendo responsável pela saúde da população e em encaminhar os indivíduos, caso necessário, para os outros pontos de atenção da rede, coordenando assim o fluxo.

Podemos ver que ao longo do tempo foi intensificando a importância do papel da APS no Brasil, assim os municípios (responsáveis na gestão do cuidado primário) foram implantando as políticas para alcançar os objetivos do âmbito nacional. Neste sentido, nosso estudo que é delimitado para o município do Rio de Janeiro trará a seguir a trajetória de marcos ocorrido nesta Cidade.

3.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE MARCOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: 30 anos (1988-2018) de avanços e retrocessos.

Ao observar o município do Rio de Janeiro, devemos considerar que esta cidade foi, respectivamente, capital da República, estado da federação, capital fluminense e sede olímpica no ano de 2016, o que possibilitou uma multiplicidade de eventos na Cidade, como podemos ver no quadro abaixo:

QUADRO V - Trajetória da Organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1988 – 2017

Período	Ideário	Dimensão técnica	Dimensão política
---------	---------	------------------	-------------------

<p>Saúde Coletiva 1988 – 1997</p>	<p>Sistema Único de Saúde Regionalização. Hierarquização Padronização de uma Rede básica Integralidade (atendimento às necessidades e às demandas). Redefinição das equipes de saúde (Saúde Pública, outras profissões de nível superior).</p>	<p>Programas de Saúde Integral, maior integração médico sanitária (clínica e epidemiologia). Abordagem multiprofissional. Equipe de saúde. Mudança da morbidade: DCD, envelhecimento. Maior complexidade tecnológica, principalmente terapêutica (aids, diabetes, hipertensão arterial, etc.). Maior dependência, interação com outros níveis. Doenças tem causas sociais e macroestruturais.</p>	<p>Municipalização. Ênfase na construção de redes básicas. Aumento de recursos para assistência básica. Universalização excludente, crescimento do setor privado, crise do sistema hospitalar. Rede básica como eixo tecno-assistencial do SUS X Provedora de uma "cesta básica". Sistema dual de saúde.</p>
-----------------------------------	--	---	--

<p>Saúde da Família 1998 – 2008</p>	<p>Programa de Saúde da família e vigilância da saúde ganham progressiva importância no SUS. Universalização da Atenção Básica. Mecanismos para a sustentabilidade da Saúde da Família</p>	<p>Conversão do modelo assistencial da Atenção Primária a Saúde. Incentivos à implantação de Unidades de Equipes de Saúde da Família em área de vulnerabilidade e baixo IDH. Crescimento da Cobertura em municípios até 100 mil habitantes. Dificuldades de implantação nos grandes municípios e capitais brasileiras. Lançamento do PROESF</p>	<p>Consolidação de um modelo assistencial para o SUS com base na municipalização e na Atenção Básica. Judicialização progressiva da Saúde com subfinanciamento. Grande influência do MS como indutor de práticas na APS. Dificuldades de provimento de pessoal médico por falta de uma política de RH para o SUS. Criação de Organizações Sociais para a gestão dos RH em saúde.</p>
<p>APS como eixo ordenador do sistema de saúde 2009 - 2015</p>	<p>Fortalecimento e protagonismo da Medicina de Família e Comunidade. Programa Mais Médicos. Conversão de modelos da atenção básica para um padrão internacional de APS. Integração da Saúde da Família com a prestação de serviços clínicos, de saúde coletiva e da vigilância em saúde.</p>	<p>Definição da composição das redes de saúde. APS como reguladora da assistência à saúde em todos os níveis e locus do sistema. Maior alinhamento dos requisitos técnicos e científicos, e das boas práticas na APS. Maior intercâmbio e diálogo com outros sistemas nacionais</p>	<p>Estratégias de expansão de modelos integrais de saúde. Tentativas de repolitizar o debate sobre os princípios e conquistas do SUS. Busca de alternativas para a carência de recursos financeiros. Oposição de setores da Classe Médica à universalização da</p>

		de saúde com base na APS.	assistência via APS.
2015 – 2019	Fortalecimento ideológico do setor privado	Flexibilização na organização e funcionamento das equipes e unidades de saúde, como por exemplo a quantidade do mínima de ACS por equipe que antes era 4 e atualmente com a revisão da PNAB 2017 se tornou 1.	O início da crise política e econômica em 2014 e 2015 no país atinge o SUS, retrocedendo-o em 2016 com a Emenda Constitucional nº 9.520 que congela gastos na saúde e educação e também provocando a revisão e aprovação da PNAB de 2017

Adaptado de CAMPOS, COHN e BRANDÃO (2016)

Nesse sentido, é relevante saber os conceitos atribuídos ao termo “acesso” e se a APS, a principal porta de entrada do SUS, garante o acesso e a utilização dos serviços de saúde para a população. Para isso, o texto a seguir aborda os respectivos assuntos.

4. ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE

Travassos e Martins (2004) ao revisarem o conceito de acesso identificam que as palavras podem mudar de acordo com o contexto que são colocadas. Isso acontece com o termo “acesso” que em sua concepção mais simples se refere a entrada ou o poder de fazer uso de algo, porém por ter mudanças ao longo do tempo e sofrer variações entre escritores que abordam essa terminologia no campo da saúde, o conceito dessa palavra pode ser aprofundado de diversas maneiras. Nesse sentido, vamos entender a partir dessa revisão como autores como Donabedian, Andersen e Frenk interpretam esse substantivo.

Donabedian varia o termo acesso, derivando-o em acessibilidade, abordando assim a qualidade do que é acessível. Esse autor define acessibilidade não somente como responsável pela demanda de uma população através da produção de serviços para atender suas respectivas necessidades de saúde. De maneira amplificada, a acessibilidade torna-se mais do que a disponibilidade de recursos caso venham ser necessários. A atenção é direcionada aos detalhes facilitadores ou limitantes do uso dos serviços e recursos de saúde por usuários em potencial. Correspondendo à características dos serviços que assumem, para população, um significado quando disponíveis para o uso. A acessibilidade é coeficiente da explicação sobre as variações no uso de serviços e retrata aspectos de relevância em estudos da equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Fundamentando-se em Donabedian, Frenk descreve o conceito de acessibilidade como integrador dos aspectos da proposta e dos indivíduos. Ligada diretamente aos empecilhos e a capacidade de superá-los, a acessibilidade é determinada através da associação dele (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Para Andersen, acesso é uma parte do sistema de saúde e está ligado à organização dos serviços, refere-se desde a entrada no serviço de saúde até os cuidados que irá receber. Sendo mediado por fatores individuais: a predisposição do usuário utilizar os serviços de saúde, por exemplo, é um dos fatores predisponentes; fatores capacitantes (meios à disposição para usufruir dos cuidados); e necessidades de saúde (estado de saúde analisado por profissionais). Posteriormente, esses fatores serão utilizados para justificar o "acesso potencial" e o "acesso realizado" quando o conceito de acesso tornar-se multidimensional. O acesso potencial irá ter como base os fatores capacitantes, enquanto o acesso realizado é influenciado por fatores restantes, averiguando a utilização real dos serviços de saúde. Ademais, ainda em suas considerações, inseriu o conceito de “acesso efetivo” (melhora as condições de vida com os serviços) e de “acesso eficiente” (qualidade da mudança na saúde em relação aos serviços consumidos) (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Portanto, é possível dizer que o acesso aos serviços de saúde pode ser apresentado através do uso (utilização em saúde) da população/clientela com os serviços de saúde que podem ser através do contato direto e/ou indireto, como exemplo consultas médicas (direto) e realização de exames preventivos e diagnósticos (indireto) (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Nesse sentido, a presente pesquisa optou em usar o conceito utilizado por Andersen, pois irá analisar o acesso a partir de procedimentos realizados (acesso realizado) e os fatores capacitantes para o acesso (acesso potencial) no município do Rio de Janeiro. Ademais, ao entender que acesso pode ser medido através de indicadores de cobertura e utilização de serviços como visto no modelo do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos que é similar ao conceito abordado pelo modelo PRO-ADESS – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em que define Acesso como uma capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado, selecionamos alguns indicadores que estão dentro da categoria Acesso na Dimensão desempenho proposta por esse modelo do Brasil.

Em sua forma mais simples, “indicador” quer dizer a representação de dados que nos informam sinais ou de indícios de algo. Dessa forma, o quadro abaixo faz as seguintes interpretações dos indicadores usados na área da saúde no Brasil para entender melhor a razão do uso deles.

5. RESULTADOS

O presente trabalho usou como base o modelo proposto pelo PRO-ADESS – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde que tem como finalidade colaborar para o controle e avaliação do SUS. Esse projeto trabalha com as seguintes dimensões de avaliação: determinantes da saúde; condições de saúde da população; estrutura do sistema de saúde, e desempenho dos serviços de saúde (VIACAVA et al, 2004). Na dimensão Desempenho dos Serviços de Saúde, a categoria acesso é medida a partir dos indicadores, neste sentido selecionamos alguns deles totalizando 6 indicadores, que estão apresentados no quadro I, para a pesquisa.

Como o trabalho não visava investigar indicadores específicos dos níveis de média e alta complexidade, visto que, o objetivo era analisar a atenção primária. Acabamos optando por analisar os procedimentos de média e alta complexidade de forma mais ampla e

aprofundar a análise em indicadores que são de responsabilidade da atenção básica. Todavia, ao não achar indicadores que possibilitassem observar de forma mais ampla o acesso aos procedimentos de média complexidade, ficaram apenas indicadores de alta complexidade e de atenção básica.

QUADRO VI - Indicadores de acesso PROADESS e interpretação

Indicador	Interpretação
Cobertura pela Estratégia Saúde da Família	Considera-se que a continuidade e a ampliação do PSF indicam a sustentabilidade da reorientação política de saúde.
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Permite saber se a APS, principal por de entrada do sistema, está cobrindo toda a população.
Cobertura por plano de saúde	Permite saber o percentual coberto pelo setor privado.
Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente	Permite monitorar o acesso à imunização na população de menores de 1 ano.
Internação hospitalar	Permite conhecer o acesso aos serviços hospitalares.
Internações cirúrgicas realizadas fora da Região de Saúde de residência	Permite conhecer o acesso aos serviços hospitalares de outros usuários na região.
Internações clínicas realizadas fora da Região de Saúde de residência	Permite conhecer o acesso aos serviços hospitalares de outros usuários na região.

Fonte: Elaborado a partir de VIACAVA et al, 2012

Dessa forma, esses indicadores guiaram a pesquisa para consulta no Tabnet/Datasus que é uma ferramenta que possibilita organizar dados da base de dados do Sistema Único de Saúde de acordo com o que se deseja tabular, gerando assim informações em saúde. Neste sentido, através do Tabnet/Datasus foi possível criar tabelas que geraram algumas informações que serão analisadas a seguir.

Primeiramente, escolhi analisar a Cobertura pela Estratégia Saúde da Família, pois esta representa um indicador significativo para a APS do SUS, visto que, a Saúde da Família assume, em 1996, ser uma estratégia prioritária para reorientação do cuidado primário. Nesse sentido, esse programa vai aumentando sua extensão de cobertura, como podemos ver ao analisar o município do Rio de Janeiro na tabela a seguir.

Tabela I - Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família

Cobertura pela Estratégia Saúde da Família			
Informações básicas municipais			
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por Ano segundo Município			
Ano:2009,2014,2018; Município:Rio de Janeiro;			
Município	2009	2014	2018
Rio de Janeiro	9,6	43,4	57,7
Gerado em 27/11/2019 as 09:21:06			

Fonte: OPGH Tabnet/Datasus

Também foi feito uma pesquisa no Sage - Sala de apoio à Gestão estratégica - Ministério da Saúde para ver se o número de equipes de SF estava crescendo igual a cobertura, pois o OPGH tabnet/datasus não disponibiliza essa informação. Entretanto notamos que os dados coletados no OPGH tabnet/datasus sobre a Cobertura pela Estratégia Saúde da Família não correspondem aos mesmos apresentados no Sage, sendo assim optamos por manter a primeira análise e não utilizar os dados que o Sage disponibiliza a mais.

De acordo com a tabela acima, podemos ver que entre os anos de 2009 à 2014 ocorreu um salto na Cobertura pela Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, tendo uma diferença de aumento na cobertura de 33,8%. Tal fato aconteceu em vista das medidas tomadas a partir de 2009 pelo governo municipal que trouxe um modelo de gerenciamento

com união as Organizações Sociais que passaram a fazer a gestão da Atenção Básica através do Programa Saúde Presente que colocou a ESF como modelo de reformulação da APS na cidade. Esse programa Saúde Presente tinha, sobretudo, o objetivo ampliar o acesso no município, obtendo resultados positivos em 2012 ao atingir o acesso da população à ESF de 97%, representando assim um marco importante na melhoria do acesso à APS no município do Rio de Janeiro e a reconstrução efetiva na maior parte do território, saindo assim de um modelo de atenção básica tradicional para o modelo estratégico de SF (JESUS et al, 2015).

Ademais, a literatura nacional enfatiza que há uma relação entre a implementação da estratégia com as internações hospitalares, mostrando que alguns municípios com maior adoção à cobertura desse modelo, tendem a reduzir taxas de internações hospitalares, nos comprovando assim a eficiência que o programa resulta para o SUS (PEREIRA et al, 2018).

Sendo assim, utilizamos o indicador de Internação Hospitalar para pesquisar se o aumento da Cobertura pela Estratégia Saúde da Família ocasionou a queda dele. Podemos ver na tabela abaixo que a investigação comprovou o que a literatura nacional afirma, visto que, entre os anos 2009 e 2014 (período que houve um aumento na cobertura) ocorreu uma diminuição de 4% no total de internações sensíveis à Atenção Básica, comprovando que as ações da APS através da ESF podem influenciar na queda da taxa de internação hospitalar.

Tabela II - Internação Hospitalar

Internação hospitalar			
Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas no Estado do Rio de Janeiro			
Quantidade de internações por Ano de processamento segundo Município do estabelecimento			
Ano/mês de processamento:2009,2014,2018; Município do estabelecimento:Rio de Janeiro;			
Município do estabelecimento	2009	2014	2018
Total de internações	228.607	251.179	280.541
Total de internações sensíveis a AT.B.	31.910	26.060	30.981
% de internações sensíveis a AT.B.	14%	10%	11%
Total de internações sensíveis a AT.B. RESIDENTES DO MRJ	27.481	22.638	25.973
% de internações sensíveis a AT.B. RESIDENTES DO MRJ	86%	87%	84%
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS - OPGH			
Gerado em 29/11/2019 as 09:12:47			

Apesar do avanço na ESF, a mesma é uma reorientação que ainda está em trânsito e até o ano de 2018 não alcançou uma cobertura de 100%. Logo, é necessário verificar como

está a cobertura da APS como um todo no município do Rio de Janeiro para sabermos a capacidade alcançada pela APS, como nos mostra na tabela a seguir:

Tabela III - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica			
Informações básicas municipais			
Cobertura da Atenção Básica por Ano segundo Município			
Ano:2009,2014,2018; Município:Rio de Janeiro;			
Município	2009	2014	2018
Rio de Janeiro	23,6	54,4	65,0
Gerado em 27/11/2019 as 09:23:25			

Fonte: OPGH tabnet/datasus

Assim como a Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família, a Cobertura da Atenção Básica também teve um aumento a partir de 2009, porém até o ano de 2018 não conseguiu alcançar uma cobertura de 100% que é o estabelecido para a APS desde o modelo de Dawson (PEREIRA, 2015). Sendo assim, não cobrindo a 35% da população que pode ser que tenha acesso aos planos privados de saúde ou não. Os planos privados de saúde são uma outra forma da população, desde que tenha poder aquisitivo para pagar, obter os cuidados em saúde que necessita, neste sentido os indivíduos que têm acesso a esse serviço possui duas portas (pública e/ou privada). Dessa forma, é relevante observar na tabela IV a Cobertura por planos de saúde na cidade para sabermos quem são os indivíduos que só tem o acesso aos serviços de saúde pública.

Tabela IV - Cobertura por planos de saúde

Cobertura por planos de saúde			
Informações básicas municipais			
Cobertura de planos privados de saúde com assistência hospitalar por Ano segundo Município			
Ano:2009,2014,2018; Município:Rio de Janeiro;			
Município	2009	2014	2018
Rio de Janeiro	44,7	47,1	39,5
Gerado em 27/11/2019 as 09:27:06			

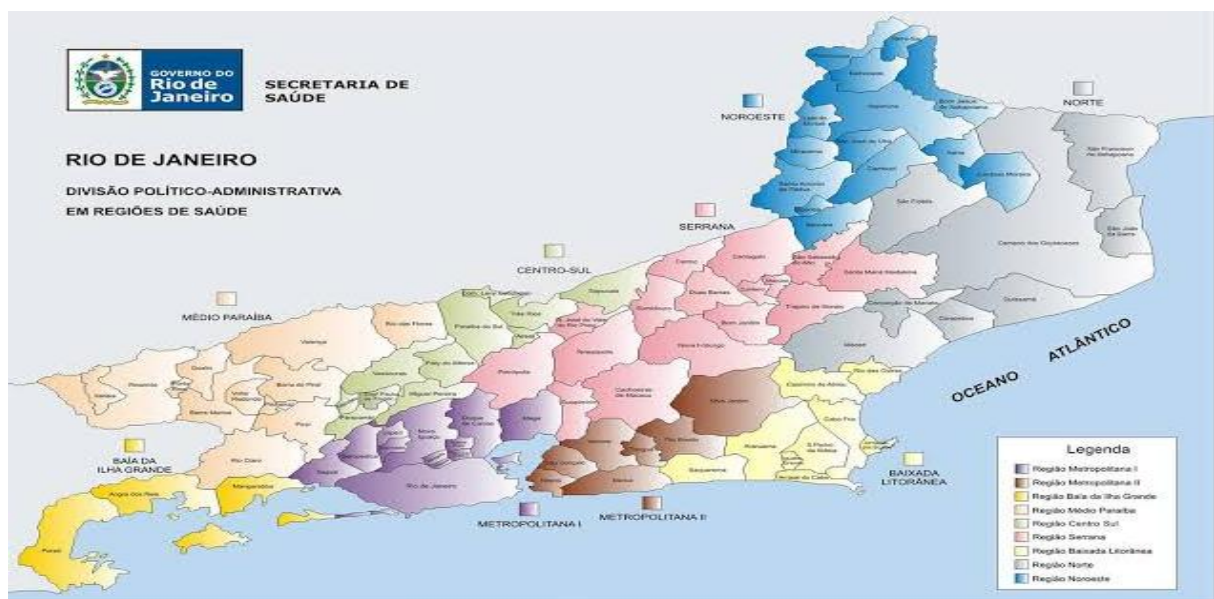
Fonte: OPGH Tabnet/Datasus

A partir dos dados apresentados, é possível observar que há um aumento nessa cobertura do ano de 2009 para 2014, todavia no ano de 2018 ocorre uma diminuição de 7,6% na Cobertura por planos de saúde. José Cechin explica que as empresas geralmente oferecem

planos de saúde aos funcionários, sendo dois terços dos planos médico-hospitalares corporativos, então quando há aumento de desemprego no país, esse indicador acaba sofrendo uma queda. Conseqüentemente, isso gera um aumento no número de pessoas dependentes do SUS, ficando assim cerca de 60,5% da população dependentes do serviço público, aumentando a responsabilidade de capacidade que a APS (principal porta de entrada aberta do SUS) deve atender. Ademais, ao apresentar uma cobertura de 65% no ano de 2018, mostrando uma capacidade inferior da estabelecida para ter, com o aumento de pessoas dependentes dessa porta, esse dado se torna ainda pior.

Devemos considerar que o município do Rio de Janeiro é capital do Estado. De acordo com o Censo Demográfico de 2010 concentra cerca de 6.323.037 habitantes, 39% da população do estado. De acordo com a regionalização em saúde esse município está localizado na Metropolitana I, como podemos ver na imagem abaixo.

FIGURA I



Considerando esses fatores, a cidade acaba tendo uma demanda maior na produção hospitalar por concentrar mais usuários, recursos financeiros e tecnológicos. Como podemos ver na tabela a seguir que representa a Metropolitana I tendo um dos percentuais mais altos nas internações cirúrgicas e clínicas e sendo uma referência para todas as regiões. Como podemos ver no caso do Noroeste com 59,9% em 2009; 63,1% em 2014 e 72,2% no ano de 2018 que representa uma das regiões com a demanda mais alta em internações cirúrgicas para o Município do Rio de Janeiro, isso acontece, pois a região tem pouca oferta na atenção hospitalar, podemos ver isso na quantidade de internações que é realizada no ano de 2018

com 25.858, representando apenas 4% do total de Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela V - Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas no Município do Rio de Janeiro, por % Clínicas e Cirúrgicas por Ano de processamento segundo Região de saúde de residência.

Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas no Município do Rio de Janeiro, por %Clínicas e Cirúrgicas por Ano de processamento segundo Região de saúde de residência - 2009,2014,2018						
Ano/mês de processamento:2009,2014,2018; Município do estabelecimento:Rio de Janeiro; UF do estabelecimento:Rio de Janeiro; UF de residência:Rio de Janeiro;						
	Clínica médica	Clínica Cirúrgica	Clínica médica	Clínica Cirúrgica	Clínica médica	Clínica Cirúrgica
Região de saúde de residência	2009	2009	2014	2014	2018	2018
Total	61,9	37,5	58,9	40,3	55,5	43,3
RJ Baía da Ilha Grande	41,8	57	40,9	56,5	36,4	59,3
RJ Baixada Litorânea	45,4	52	39,0	56,8	34,6	61,9
RJ Centro-Sul	46,4	52,4	43,7	53,5	34,3	60,4
RJ Metropolitana I	62,8	51,8	59,8	52,1	56,8	61,5
RJ Metropolitana II	44,7	36,6	45,0	39,6	40,7	42,2
RJ Médio Paraíba	44,9	53	45,0	52,1	33,8	54,6
RJ Noroeste	37,7	59,9	32,4	63,1	23,5	72,2
RJ Norte	44,9	48,4	36,8	56,8	27,1	65,6
RJ Serrana	41,9	54,8	43,0	52,9	37,2	57,4
Fonte: Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS						
Gerado em 05/12/2019 as 15:05:55						

Por fim, como nossa análise prioriza indicadores de Atenção Básica, selecionamos um sobre imunização, pois o Brasil é um dos países que vinha tendo um dos programas de imunização mais bem sucedidos, tendo alcançado já na década de 90 uma cobertura vacinal infantil acima de 95% . Todavia, a partir de 2016 ocorreu uma drástica diminuição na cobertura de vacina, tendo caído para 10 a 20 pontos percentuais (SATO, 2018).

A coordenadora do Programa Nacional de Imunização, do Ministério da Saúde, Carla Domingues (2017), explica que o fato de ter imunizado amplamente no passado, fazendo com que doenças desaparecessem fez as crianças do passado que agora são adultos não tivessem certas doenças, gerando uma menor preocupação em vacinar as crianças de hoje por achar que atualmente doenças como sarampo, poliomielite, entre outras, são raras.

Sato (2018, p. 2) aponta que “Isso era inesperado e veio acompanhado do aumento da mortalidade infantil e materna. As epidemias de sarampo em Roraima e no Amazonas são consequências imediatas da diminuição das coberturas vacinais”, mostrando nos assim o que a queda na cobertura de vacina causa.

Ademais é apontado outros fatores que ocasionou a queda, como o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o novo sistema de informação de imunização que ainda

não alcançou 100% de implantação nas salas de vacinação, aspectos sociais e culturais que dificultam a adesão da vacinação (SATO, 2018).

Neste sentido, usamos o indicador de Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente para saber como está a cobertura destas vacinas a partir desse contexto, ao usar a ferramenta Tabnet/datasus para tabular tal informação verificamos que não havia registro no ano de 2009, ficando apenas os de 2014 e 2018 para serem observados, como está no quadro abaixo.

Tabela VI - Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente

Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente		
Imunizações - Cobertura - Brasil		
Coberturas Vacinais por Ano segundo Imuno		
Município:330455 Rio de Janeiro; Imuno:Tetra Viral(SRC+VZ); Ano:2009,2014,2018;		
Imuno	2014	2018
Total	94,36	10,36
Tetra Viral(SRC+VZ)	94,36	10,36
Gerado em 27/11/2019 as 15:19:17		

A partir da tabela acima, podemos ver um grande declínio do ano de 2014 à 2018, afirmando os fatores abordados anteriormente. Ademais, no caso da Tetra Viral é explicado que ocorreu um problema de desabastecimento e distribuição do Ministério da Saúde afetando o país inteiro, como afirma secretaria de saúde de São José - Florianópolis. Sendo assim, os municípios sendo orientados a aplicar a tríplice viral e depois, separadamente, a dose contra varicela, em caso de ausência da Tetra viral (MATHIAS, 2014).

A Tetra viral é uma vacina que protege contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela (catapora). O Ministério da Saúde através da inclusão desta vacina pretende atingir uma redução de 80% das hospitalizações por varicela (catapora). Fazendo-se assim necessário o retorno da vacina nas UBS's (MATHIAS, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contextualizar o termo “APS” foi possível observar marcos históricos que influenciaram a construção do SUS e também da APS no sistema de saúde brasileiro, como o direito ao acesso à saúde e abordagem abrangente sobre APS expressada em Alma-Ata, a importância da organização em saúde e a APS como elemento que pode tornar o sistema de saúde mais eficaz abordada no Relatório Dawson, entre outros legados.

Entendendo que o trabalho analisaria a Atenção Básica do Brasil, a pesquisa descreveu marcos importantes que esse nível de atenção passou durante esses 30 anos (1988 - 2018) de conquista do SUS. Podendo notar avanços e retrocessos nesse processo.

A instituição da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 que colocou a PSF como uma reorientação da APS no Brasil; a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/01 que reconhecia a Regionalização em Saúde como um instrumento fundamental para alcançar os princípios norteadores do SUS; o Pacto da Saúde em 2006, que trouxe medidas para o fortalecimento da saúde pública; o aumento na cobertura da ESF e da Atenção Básica entre os anos de 2009 à 2014; às medidas adotadas em 2011 para o enfrentamento de nós críticos na Atenção Básica, entre outros marcos mostraram um processo de avanço da APS no Brasil. Todavia, em 2016 é instituído a Emenda Constitucional nº 9.520 que congela gastos na saúde e também a aprovação no ano de 2017 da revisão da PNAB que traz retrocessos a APS do Brasil. Essas medidas são tomadas através do argumento da crise política e econômica iniciada em 2014, retrocedendo o sistema de saúde pública no país.

A partir dos resultados obtidos na pesquisa através do OPGH - Tabnet/datasus é possível observar que as tabelas são reflexos de marcos políticos, visto que, os acontecimentos que fortaleceram o SUS até o ano de 2014 trouxeram melhorias de cobertura e diminuição de internações sensíveis à Atenção Básica, já os retrocessos a partir de 2016 refletiram no ano de 2018, em que houve um pequeno aumento na Cobertura pela Estratégia Saúde da Família e na da Atenção Básica, uma drástica queda na cobertura de Imunização de menores de 1 ano por Tetra ou Pentavalente e um aumento de 1% nas internações sensíveis à Atenção Básica, gerando um custo que poderia ser evitado se tivesse ainda fortalecendo o cuidado primário.

A partir dos acontecimentos de desmonte da APS através da PNAB 2017, podemos ver que os princípios e diretrizes que trazem um discurso abrangente atribuídos à APS no Brasil, estão cada vez mais distantes da realidade. Ao analisar o município do Rio de Janeiro, a professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz Mariana Nogueira durante a 16ª Conferência de Saúde realizada no dia seis (06) de setembro de 2019 destaca que “O Rio de Janeiro é o laboratório do capital, as medidas são implementadas ali e se espalham pelo país. E hoje há uma proposta da Prefeitura sendo efetivada na atenção básica no município que vai levar à extinção de 184 equipes de Saúde da Família, com demissão de 1,4 mil trabalhadores da atenção básica, com extinção destes postos de trabalho. Mais de 500 mil pessoas serão afetadas.” mostrando assim a precarização que a flexibilização da PNAB 2017 trará para a

APS no município do Rio de Janeiro que atualmente está em uma conjuntura de diminuição de gastos com a saúde e precarização do cuidado primário.

Ademais, a conjuntura atual aponta para o fortalecimento de discursos e práticas políticas voltadas à ampliação da privatização, como podemos ver no discurso do Ministro Barros “Queremos mais recursos para a saúde e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado” (08/08/2016)

Assim, é criado um GT pelo Ministério da Saúde para elaborar a proposta de oferta de planos de saúde com menos serviços do que o que foi definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como cobertura mínima obrigatória (ANTUNES, 2019)

A professora-pesquisadora Márcia Valéria G. C. Morosini da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) no Seminário de Gestão em Saúde: Universalização X Focalização que foi realizado na própria Instituição aborda que (não publicado) a APS no Brasil tem sido o principal nível de expansão do acesso aos serviços e ações de saúde. Entretanto, com essas medidas que estão sendo propostas e até aplicadas ao nível primário, como exemplo da PNAB 2017, acabam priorizando a expansão do capital através da APS.

Com isso, ocorre um descompromisso com a universalidade do acesso que é um dos princípios centrais do SUS, voltando a lógica de restrição do acesso, visto que, só terão acesso aos “planos acessíveis” aqueles que podem pagar. Neste sentido, se essa proposta se tornar realidade haverá uma queda na cobertura e, conseqüentemente, o retorno de doenças, aumento de internações hospitalares, entre outros problemas causados pela diminuição do acesso aos serviços de atenção básica.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANTUNES, André. A nova PNAB é uma volta ao passado. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-nova-pnab-e-uma-volta-ao-passado>>,

Acesso em: 16 out. 2019. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2017.

ANTUNES, André. Atenção Básica: Universalidade ou focalização?. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-basica-universalidade-ou-focalizacao>>.

Acesso em: 16 out. 2019. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2019.

BAPTISTA, Tatiana. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 29-60, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CAMPOS, Carlos; COHN, Amélia; BRANDÃO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1351-1364, 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1997, vol.13, n.3, ISSN 0102-311X.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.; Noronha, J.; Carvalho, A I. (Org.). *Política e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, v. , p.385- 433.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2005.

GIOVANELLA, Ligia ; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de . Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.; Noronha, J.; Carvalho, A I. (Org.). *Política e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, v. , p.493-544.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6. n.2, p. 269-91, 2001.

MATTA, Gustavo; MOROSINI, Márcia. Atenção Primária à saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*.-2. ed. rev. ampl-. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 44-49, 2008.

MELO, Eduardo et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria - nº 2436, 21/09/2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PAIM, J. S.. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 27-37, 2009.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. *Regionalização e redes de atenção à saúde*, Rio de Janeiro: EPSJV/LabGestão, 2015. 32p.

SANTOS, Wanderlei Guilherme dos, 1935- S239c *Cidadania e justiça : a política social na ordem brasileira I Wanderley Guilherme dos Santos*. -Rio de Janeiro :Campus, 1979. (Contribuições em ciências sociais; I)

SOUZA, Renilson. Segunda parte: o histórico do sistema de saúde brasileiro. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: MS, p. 11-13, 2002.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Monica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004, vol.9, n.3, p.711-724.