

REVISÃO HISTÓRICA DO PROCESSO DE ENTRADA DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO BÁSICO DE SAÚDE: DO INAMPS AO SUS

Janine Ester Ferreira Pereira¹

Fabiano Silva da Silva²

RESUMO

O objetivo deste estudo é esclarecer a evolução dos sistemas de saúde, contemplando os direitos dos cidadãos ao atendimento básico em diferentes épocas até o atual Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica em forma de linha histórica sobre o tema “O processo de entrada dos usuários no serviço básico de saúde: do INAMPS ao SUS”. Foram utilizados artigos publicados em periódicos nacionais sobre o tema, entre os períodos de 1970 a 2021, localizados em busca eletrônica para o levantamento de dados. Notou-se uma evolução na saúde pública, do direito ao acesso à saúde, ainda que fosse um atendimento ao tratamento da doença, até os dias atuais, onde há o acolhimento de demanda espontânea, promoção e Educação em Saúde. Percebe-se que apesar do desenvolvimento deste atendimento, ainda há a necessidade de trabalhar no momento do encontro profissional e equipe de saúde com o cidadão, objetivos desde a direção a ascensão à saúde, bem como formar uma porta aberta, para a orientação do uso adequado e qualificado do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: História da saúde, previdência social, direito à saúde, acolhimento, porta de entrada na saúde, políticas em saúde, sistema único de saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to shed light on the evolution of health systems, contemplating the citizens' rights to basic care at different times up until the current Unified Health System. This is a bibliographic review in the form of a historical line about the theme “The entry process of users in basic health service: from INAMPS to SUS”. It was utilized articles published in national journals on the subject, between the periods from 1970 to 2021, found through electronic search for the data collection. There has been an evolution in public health and in the right to health access, even though it had been a treatment for the disease at the time, until today, where there is a reception for spontaneous demand, promotion and Health Education. It is noticed that despite the development of this service, there is still a need to improve the moment of which the professional and health team meet with the

¹ Acadêmica de Enfermagem – Universidade La Salle Canoas-RS.

citizen, objectives from the rise to health's direction, as well as creating an open door, to guide the adequate and qualified use of the Unified Health System.

Key-words: History of health, social security, right to health, support, gateway in health, health policies, unified health system.

1 INTRODUÇÃO

A saúde coletiva e a atenção básica, embora nomeadas de forma diferentes, estarão sendo referenciadas como porta de entrada, ou mesmo como proximidade às comunidades. No transcorrer das últimas décadas a caracterização desses serviços e a até mesmo a forma como eles eram oferecidos à população transcorria de maneira diferente.

É notório que o modelo de atenção anterior ao atual sistema vigente vislumbrava uma atenção direcionada a uma fatia da população específica, vinculada ao mercado de trabalho e contribuintes, a qual tinha o direito à sua saúde e os demais membros dessa comunidade acabavam sendo atendidos de maneira diferente.

A transição entre os modelos de saúde denota que não só o direito à atenção à saúde que se traduz em cidadania (todo o cidadão tem direito a atenção à saúde) foi modificado, mas também a forma pela qual se dá a entrada no serviço de atenção básica de saúde. Esta modificação fez com que o número e a forma de acesso aos serviços de atenção básica sofressem diferenciação, pela universalização da atenção em saúde trazida pela implantação do Sistema Único de Saúde e, também, pela alteração paradigmática imposta pelo sistema atual, que foca na saúde da população, promovendo e prevenindo antes de focar na patologia.

Portanto, compreender esse processo pode ser fundamental para a própria organização de gestão do serviço de saúde e as discussões que hoje ainda permeiam a metodologia de entrada nos serviços de atenção básica à saúde. Compreender a evolução deste processo legalmente e pela ótica da literatura e da história pode ser um ponto de partida importante para pensar respostas a problemas que hoje ainda permeiam a entrada na atenção básica.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar, através de uma revisão histórica, a linha de evolução dos processos de entrada dos usuários do serviço de atenção básica de saúde, contemplando do INAMPS ao SUS.

2 METODOLOGIA

O estudo foi estruturado através de revisão bibliográfica em forma de uma linha histórica sobre o tema “O processo de entrada dos usuários no serviço básico de saúde: do INAMPS ao SUS”. Para tanto, foram utilizadas referências sobre o tema e sua marginação, auxiliando também na construção, definindo um quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (GIL, 1994 *apud* lima; MIOTO, 2007, p.40). As bases referenciais utilizadas foram artigos publicados em periódicos nacionais sobre o tema, entre os períodos de 1970 a 2021, tendo como referência o Portal do Ministério da Saúde, PUBmed, LILACS, SciELO, BVS e o acervo da biblioteca da Universidade La Salle.

As obras utilizadas foram artigos, protocolos, livros e dados dos sistemas de informação e registros em saúde entre os anos de 1970 a 2021, que responderam aos descritores: história da saúde, INAMPS, SUDS, processo de entrada na saúde, acolhimento, triagem, SUS; excluindo, então, artigos e obras incompletas que não condizem com o tema, ou mesmo não abordam a temática de protocolo de entrada nos serviços de atenção primária em saúde.

As obras selecionadas foram analisadas através de leitura exaustiva das informações, onde foram coletadas informações sobre protocolos de entrada/acolhimento/triagem nos sistemas de saúde descritas em seu tempo cronológico de discussão. As unidades de informação foram extraídas na íntegra do texto e inseridas na sua década e legislação a qual faziam ou fazem parte, com o devido ano de sua descrição de fato.

Após analisadas todas as obras e justapostas todas as informações em seu momento cronológico páreo, foi redigido o texto seguindo uma linha do tempo onde estão descritas a formas e modelos de entrada no sistema de saúde vigente em seu tempo, formando uma linha evolutiva deste procedimento.

O estudo foi avaliado pela disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II,

buscando assegurar os princípios éticos estabelecidos, onde todas as citações estão

4

referenciadas conforme o próprio manual de técnicas da instituição. Todas as obras e autores consultados foram referenciados conforme a lei dos direitos autorais de nº 9.610 de 1998 (BRASIL, 1998).

3 ANÁLISE DOS DADOS

3.1 Atenção primária no Brasil do INAMPS ao SUS

É primordial que, antes de chegarmos aos anos de 1960, precisamos compreender o cenário no Brasil, principalmente no que tange ao funcionamento e organização da saúde.

Conforme Polignano (2001), o cenário sanitário no início do século XX na então capital, Rio de Janeiro era caótico, doenças graves acometiam a população, como a peste, a varíola e a febre amarela. Foi nessa época que Oswaldo Cruz foi nomeado como diretor do departamento de saúde pública, pelo então presidente da República. Originam-se então as campanhas sanitaristas, com objetivo de combater as endemias da cidade e após do campo.

Carlos Chagas sucede a Oswaldo Cruz em meados de 1920, acontece então uma reestruturação no modelo de atenção, passando a ser incorporado à educação e a divulgação ao combate de doenças como tuberculose e doenças venéreas. Polignano (2001), traz à tona a criação da Lei Eloy Chaves, em 1923, marco inicial da previdência social no Brasil. As contribuições eram recolhidas pelas empresas e depositadas em sua própria CAP (Caixa de Aposentadoria e Pensão) e garantiria aos trabalhadores a ela ligados “socorros médicos em caso de doença”, o que incluía a família que habitasse sob o mesmo teto e dependesse da mesma renda. A partir de 1930, profundas mudanças políticas e econômicas acontecem no cenário brasileiro com a era Vargas e, em 1943, consolidam-se as Leis Trabalhistas. As CAPs são substituídas pelo IAP (Instituto de Aposentadoria e Pensão), neste modelo os trabalhadores eram classificados segundo sua área de trabalho, como por exemplo: marítimo (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB), Industriários

(IAPI) e mais adiante o dos Estivadores e Transportes de Cargas (IAPETEC), para os brasileiros pertencentes a estas organizações então, era-lhes assegurado o

5

direito de: assistência médica e hospitalar, socorros médicos em caso de doença e socorro farmacêutico, conforme descrito no Artigo 46 do IAPM (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos marítimos). Mas havia várias restrições quanto ao valor gasto e o máximo de dias de internação, de acordo com a narrativa de Polignano (2001).

As CAPs tinham o objetivo de garantir a aposentadoria daqueles que contribuía com a Previdência e, de forma gradativa, desenvolver ações em saúde que pudessem melhorar o quadro da saúde pública prestada ao atendimento de uma minoria contributiva. No entanto, os benefícios atribuídos a cada categoria profissional eram diferenciados, isto é, aqueles que faziam parte de uma CAPs mais estruturada obtinham como resultado uma assistência à saúde mais eficaz. Num primeiro momento, foi prestado atendimento aos trabalhadores ferroviários, os quais foram fortes protagonistas na luta por melhorias nas condições de trabalho e, depois, estendidas a outras categorias que foram se constituindo (MARTINS, 2006 *apud* NEVES 2012).

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, ou seja, separou-se do Ministério da Educação, porém não significou mudança no atendimento aos problemas de saúde que deveriam ser a prioridade. Três anos mais tarde surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, para combate das doenças no campo.

Em meados dos anos 1960, o cenário político sofre transformação, bem como os fragmentados Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) e os demais existentes, são substituídos por uma fusão, cujo objetivo era atingir todos os brasileiros trabalhadores urbanos e seus dependentes, cria-se então o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1967, em conformidade com Polignano (2001).

Na década de 1960 a 1970 os modelos de porta de entrada passaram a ter um perfil restritivo e vinculado à política vigente da época. Neste período ganha destaque a duplicidade de responsabilidades do governo federal na área da saúde, dividida entre o Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde, com a baixa integralização dos cidadãos.

Com o crescente número de usuários do INPS e dos novos termos e

acordos com a rede privada, surge a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974, o atual INSS. (FINKELMAN, 2002).

6

Foi criada uma estrutura em torno da Previdência Social, com uma clara vinculação aos interesses do capital nacional e internacional. O Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social e também da ação direta em saúde. O controle governamental através da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) (MENDES, 1993).

A Conferência de Alma-Ata ocorreu na sequência de uma série de conferências promovidas por organizações das Nações Unidas durante a década de 1970, onde houveram debates em uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando à redução das disparidades entre os países centrais e os então chamados países do terceiro mundo (GIOVANELLA, 2019). Mahler, na Organização Mundial da Saúde (OMS), assumiu ser impossível dissociar o desenvolvimento econômico e social e a saúde, o que bem se expressa no ideário da APS integral e saúde para todos da Carta de Alma-Ata.

No ano de 1978 acontece a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde; o INPS passa a ser INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). (PITTA, 2010).

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi exaltada a urgência para uma ação eficaz e internacional, na aplicação dos cuidados primários em saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento. Trazendo à tona a importância da cooperação técnica, alinhada à nova economia global.

Exorta organismos e organizações, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), agências financeiras e trabalhadores do campo da saúde mundial a firmarem um compromisso de apoio para o estabelecimento e manutenção dos cuidados primários em saúde, de acordo com Ministério da Saúde (2000).

O modelo de saúde vigente na época visava o atendimento apenas aos contribuintes da Previdência, deixando a porta de entrada dos serviços de atenção à saúde mais estreita. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava

apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não possuía caráter universal, característica que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Por sua vez, o INAMPS aplicava nos estados recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional

7

ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes. (...) Nessa época os brasileiros, em relação à saúde, estavam divididos em três categorias: 1. Os que podiam pagar pelos serviços;

2. Os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS; e

3. Os que não tinham nenhum direito. (Ministério da Saúde. 2002). Durante todo esse período a assistência à saúde estava restrita aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. As Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela igreja, eram a única opção para os doentes que não contribuía com a previdência. A igreja entendia essa assistência como atos de caridade (BITTENCOURT, VILLELA, NUNES, 2011).

Segundo os pesquisadores Bahia e Nelsão (2018), haviam algumas unidades públicas que atendiam a população. Os hospitais universitários, que atendiam a todos, alguns até como indigentes, outros como medicina previdenciária. E as instituições filantrópicas, embora descreva o atendimento como se fossem indigentes. Ressaltam, ainda, que já se falava em “universalização da saúde”, em 1974 universalizando o atendimento de emergência nos PAMS, os postos de atendimento médico. Porém, este princípio não estava presente no atendimento dos serviços privados contratados, onde só tinha acesso quem possuía a carteira.

Com uma iniciativa do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), foi criado um plano que apontava uma reestruturação do modelo assistencial brasileiro, com a implantação de um sistema unificado de saúde, priorizando a assistência ambulatorial.

Ousado em suas proposições, visava: descentralização do sistema de assistência médica pela criação de uma porta de entrada única, integrando numa rede básica de serviços públicos de saúde a capacidade instalada do INAMPS, nos Estados e Municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades do Estado. (PICCHIAI, 1996).

Em 1982, já com o início do pensamento de uma reabertura política foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que segundo Polignano (2001), foi um projeto interministerial: Previdência, Saúde e Educação, que incorporava o setor público em ações curativas, preventivas e educativas.

8

A partir desse momento, a Previdência passa a repassar recursos aos serviços prestados ao estado, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. O que. Esse modelo (PAIS), enfatizou a atenção primária, de certa forma ampliando o acesso a ações de saúde.

Os primeiros “postinhos” de saúde foram criados nessa época, descritos como pequenos e muito pobres, alocados em casas alugadas em periferias, pelas prefeituras. No início a equipe de médicos, enfermeiros e demais profissionais atendiam duas vezes por semana, mas era uma grande diferença para quem tinha um serviço de saúde perto de casa. Além disto, não havia distinção entre quem tinha carteira assinada e quem não tinha, este serviço já nasceu com o princípio de universalidade, onde toda a população tinha direito ao atendimento, fazendo com que os previdenciários e as equipes de saúde com profissionais mais jovens deixassem cada vez mais os PAMs, para o atendimento nos “postos”, onde a entrada passa a ser de livre demanda, conforme relato do sanitarista Nelsão (2018).

A partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindicou, junto com um Congresso, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive direito à saúde. Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional da Saúde, que trouxe à luz a projeção de uma reforma sanitária democrática, com base na universalização do acesso, na equidade no atendimento, na integralidade da atenção, e na ideia da unificação institucional do sistema. Procedendo à descentralizar, regionalizar e hierarquizar a rede de saúde, permitindo a concreta participação da comunidade. (GUIDINI *apud* CARVALHO; BARBOSA, 2010).

"Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania." (LUZ, 1991).

Neste mesmo período ocorreu o fim do período militar, o que constituiu um contexto de reivindicação de retomada dos direitos sociais. Dentre essas

reivindicações, o direito à saúde tornou-se protagonista.

Nesta mesma época as associações das secretarias de saúdes estaduais e municipais, o CONASS (estaduais) e o CONASEMS (municipais), segundo Polignano (2001), que aliadas à grande mobilização nacional e pela VIII Conferência Nacional de Saúde, começa a delinear-se e abrir mais claramente o caminho para a criação do modelo que viria a ser o SUS.

9

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde e diante das reivindicações populares instituiu-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que propunha a transferência dos serviços de saúde para estados e municípios (OPAS, 2018).

O SUDS funcionou como estratégia para a aprovação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, a qual contempla assuntos relacionados à saúde do artigo 196 ao 200, garantindo o direito constitucional à saúde do princípio da “saúde como direito universal e dever do Estado” (PAIM, 2011).

Com o advento do Programa Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, os convênios AIS foram, paulatinamente, sendo substituídos pelos convênios SUDS, cujas bases institucionais eram a municipalização da rede básica de saúde, a definição de uma política hospitalar e a implementação de uma estrutura programática comum dentro do Estado. (Secretaria do estado de São Paulo, 1988).

O processo de municipalização e descentralização ocorreu conforme Guidini *apud* Mendes (1993, p.44) com a desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios. O poder do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), torna-se restrito, ocorre a retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; há incremento dos recursos repassados aos Municípios; ocorre a diminuição relativa das transferências ao setor privado; e os serviços priorizados agora seriam fornecidos pelo Estados e pelas entidades filantrópicas, havendo também maiores investimentos em tecnologia.

Segundo Paim (2007), a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal que estabeleceu este direito. Desde então, passa a ser entendida como um conjunto de determinantes envolvendo as condições de moradia, transporte, trabalho e lazer, entre outros

fatores. Este conceito ampliado de saúde emergiu como resultado de amplas discussões em meio ao movimento da Reforma Sanitária, servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes nesta área e culminando na criação do SUS. Este movimento surge na sociedade, a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde, ao afirmar a garantia do direito à saúde como componente da cidadania e indicar um conjunto de mudanças no Estado, na

10

sociedade e na cultura visando a melhora da situação de saúde e das condições de vida da população.

O SUS é um complexo sistema, único em um país com dimensões continentais que integra diferentes culturas, interesses, climas e características regionais. Reúne União, Estados e Municípios em sua gestão, inclusive com garantia da participação dos usuários do sistema. O SUS pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, formando uma rede hierarquizada, descentralizada, a partir de diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. Resumidamente, é uma política pública prevista em constituição, que estabelece ações, que formam uma rede e constituem assim o Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009; FERNANDES, SOUSA, 2020).

Mas o funcionamento, os princípios e diretrizes do SUS foram legalmente regulamentados com a Lei 8080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde. E logo em seguida a Lei 8142 de 1990 foi sancionada para regulamentar o repasse financeiro do SUS “fundo a fundo” entre os governos federal, estadual e municipal e o controle social, ou seja, participação popular na construção das políticas de saúde, por meio dos Conselhos de Saúde (ALBUQUERQUE, 2010).

Segundo Targa (2013), a legislação brasileira na Lei nº 8080 em seu art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício,” considera a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o meio físico, socioeconômico e cultural, além dos fatores biológicos.

“A lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (Subchefia para assuntos jurídicos. Casa Civil, Presidência da República).

Entre os anos de 1991 a 1994 houve o marco do surgimento do PACS, pela

primeira vez, tinha-se um profissional atuando próximo à comunidade. Neste modelo, os profissionais da Atenção Básica focaram no tratamento ao indivíduo considerando sua família e contextos locais, atuando nos territórios. O avanço estava em ultrapassar as paredes dos consultórios e aproximar-se da comunidade.

Após o início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 com caráter inovador, três anos mais tarde o programa foi ampliado e, em 1994, foi instituído como Programa Saúde da Família (PSF). Mesmo dada sua

11

importância e êxito como proposta em saúde, esta ainda fora encarada por alguns como um programa de governo, de caráter pontual (SOUSA, 2007). Segundo Franco e Merhy (2003), o Programa de Saúde da Família (PSF) surge como estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, em 1994, para superar o modelo assistencial centrado em procedimentos e de perfil hospitalar, apontados como responsáveis pela "ineficiência do setor; insatisfação da população; desqualificação profissional; iniquidades. "Busca fortalecer a atenção básica, a partir da descentralização da assistência para o local mais próximo em que vivem as pessoas, pautando-se na integralidade e humanização dos cuidados" (Política Nacional de Atenção Básica, 2006).

Desde então, a partir de 1998 a aproximadamente 2006 fora implantado o PSF, que trouxe muitos avanços e melhorias nos indicadores de saúde das famílias por ele assistidas. Devido aos êxitos, o PSF saiu de do âmbito de um programa e passou a ser visto como uma estratégia de reorientação da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. Em termos normativos, passa a configurar a chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF), instituída por meio da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 e reformulada em 2011 – Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

Entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2011).

Conforme a Cartilha da Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família procura identificar os problemas de saúde e situações de risco da população determinada para cada equipe, traçar um plano de ação para

enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença, prestar assistência integral na comunidade, no domicílio, além de acompanhar nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar. Desenvolve, também, ações educativas para o enfrentamento dos problemas de saúde. O acesso à saúde torna-se, assim, mais amplo e adequado para cada situação, com o atendimento nas Unidades, grupos educativos e em consultas domiciliares.

A ação na Atenção Básica de Saúde, principal porta de entrada, começa com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva, promovendo o

12

bem-estar e prevenção de saúde do cidadão, sendo responsável pelo cuidado contínuo do mesmo (BRASIL, 2011).

A utilização da Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação da Saúde da Família, suscitando maior racionalidade na utilização dos níveis assistenciais e produzindo resultados positivos nos principais indicadores de saúde, seja ampliando o acesso das populações aos serviços, seja disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2011).

A partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, surge o acolhimento, que seria o elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços, contribuindo para a modificação do modelo tecno-assistencial. Este atendimento está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção do usuário. O acolhimento, considera toda a situação como atenção à saúde a partir da entrada deste no sistema. Conforme Hennington (2005), acolher significa humanizar o atendimento.

Também inserida neste contexto, iniciou-se o serviço de visita domiciliar, que foi entendida como um dispositivo de acolhimento que propicia um melhor conhecimento dos usuários e sua inserção na comunidade, facilitando o vínculo (SANTOS *et al.*, 2013) e a entrada dos usuários no Sistema de Saúde, pela busca ativa e acompanhamento de saúde.

Atualmente, no cenário de uma pandemia, a porta de entrada ao serviço de saúde tornou-se ainda mais importante, onde possíveis agravos de saúde ou detecção do vírus atuante podem ser constatados na atenção primária, passando pelo acolhimento e posterior consulta conforme a necessidade. A Atenção Primária em Saúde, durante surtos e epidemias, têm papel fundamental na resposta global à

doença em questão. Ela oferece atendimento resolutivo além de ter grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços mais especializados. Este nível de atenção pode responder de forma contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde no âmbito tanto individual quanto coletivo, além de abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da qualidade de vida. Podendo desta forma, proporcionar uma atenção integral, pensando no cuidado individual e coletivo, obedecendo a uma visão

13

holística de saúde, de acordo com as características estabelecidas nos determinantes e condicionantes sociais de saúde, segundo Melo e Bonfada (2020).

3.2 Perfil dos usuários da atenção básica: modificações dos últimos 50 anos

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes (...). Nessa época os brasileiros, com relação à saúde, estavam divididos em três categorias: 1. Os que podiam pagar pelos serviços; 2. Os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS; e 3. Os que não tinham nenhum direito. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Uma notícia específica de um jornal da década de 1970 retrata a característica de quem era atendido e quais serviços de saúde eram ofertados na época:

Os serviços de saúde no Brasil atendem basicamente às necessidades dos grupos sociais de maior poder aquisitivo. São serviços voltados para a recuperação e não para a prevenção, concentram-se na solução de problemas degenerativos que afligem as camadas mais bem situadas na escala social (...). (Folha de S. Paulo, 1977).

Segundo Viana e Machado (2008), após 1988 procurou-se organizar a saúde pública sob bases universais, estendendo o atendimento a todos, indistintamente, como um dever do Estado, através dos princípios doutrinários do SUS, assegurados pela Constituição Federal, qual seja, a Universalidade, Equidade, Integralidade, que derivam os princípios organizativos de Hierarquização, Participação Popular (...).

Deste modo, a saúde pública passa a oferecer a atenção à toda população, por direito, independente da classe social e poder aquisitivo, através do SUS. Organização da saúde e modelo que passa a ter uma estrutura que garanta às

14

necessidades de saúde da população, tendo em vista as mudanças epidemiológicas que ocorrem gradativamente na sociedade. O SUS dispõe de sistemas integrados e necessita de uma boa administração e utilização dos seus serviços e recursos financeiros. A APS (Atenção Primária em Saúde) é a principal porta de entrada do usuário no SUS (COSTA, *et al*, 2017).

Campos (2018) afirma que, os eventos políticos e econômicos ocorridos na última década foram desfavoráveis para a estabilidade do SUS, os usuários das mais distintas classes sociais têm uma visão positiva sobre o SUS e que apesar das dificuldades existe um movimento de defesa do SUS (CAMPOS, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do quadro de direitos à atenção à saúde repercute diretamente no serviço como porta de entrada, onde foi ressaltado o direito do cidadão até o processo de acolhimento de hoje, uma maneira de melhor gerir o cuidado, focado nas necessidades do indivíduo. Observou-se que nos últimos 30 anos, a atenção em saúde pública evoluiu.

O destaque está no enfoque do direito à saúde, que infere diretamente na “porta de entrada” dos serviços, sendo na fase inicial do tempo cronológico proposto no estudo, o foco era no doente, sendo que a evolução do sistemas, o momento atual contempla a atenção para este público mas também direcionada às ações preventivas de saúde.

Esta evolução, infelizmente ainda não extinguiu o processo de espera, mas percebe-se a evolução com o acolhimento na porta de entrada, cujo propósito é focar no atendimento em saúde à necessidade do cidadão, seja ela a Educação em Saúde, a promoção, a prevenção ou a ação assistencial direta e curativa.

A prática demonstra que a população ainda vem buscando serviços de saúde de uma forma muito reativa, embora toda a questão política e de estrutura na revisão deste levantamento histórico mostra uma situação vinculada à questão saúde. Esse paradoxo ainda carece de uma necessidade de trabalho que pode e deve ser feita em todo o processo de encontro do profissional de saúde e da equipe com o cidadão, que em parte acontece no primeiro momento, hoje chamado de acolhimento. Então, este processo não parece ser direcionado unicamente à

15

ascensão à saúde que o cidadão busca, mas também uma porta aberta para a orientação do uso adequado, correto e qualificado do Sistema Único de Saúde.

16

REFERÊNCIAS

BATICH, M. **Previdência do trabalhador**: uma trajetória inesperada. São Paulo, 2004. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/?lang=pt#>>. Acesso em abril de 2021.

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em abril de 2021.

CONASS/Ministério da Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em maio de 2021.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde**: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de Saúde Pública. Brasil, 2019. 6 p. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em maio de 2021.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro**: conquistas e desafios. UFSM, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence=1>. Acesso em junho de 2021.

MATHIAS, Maria. **Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura**. ESPJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2018. 7 p. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7394>. Acesso em maio de 2021.

MATTA, Gustavo Correa (Org.); PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2007. 284 p. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em maio de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília – DF. 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em junho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 114 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em junho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Brasília, 2002. 3p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em maio de 2021.

17

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf) Acesso em junho de 2021.

REHEM, Renilson. **Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Rio de Janeiro, 2002. 102 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em maio de 2021.

SANTOS, I. MAIA, A. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2011.v13n4/703-716/pt>. Acesso em junho de 2021.

SILVA JUNIOR, AG; ALVES, CA. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. in Morosini, Márcia Valéria G. C. Modelos de atenção e a saúde da família. - Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/8459/1/modelosassistenciaisemsa%C3%BAde.pdf>. Acesso em maio de 2021.

SILVA, E. PORTELA, R. MEDEIROS, AL. CAVALCANTE, MC. COSTA, R. **Os desafios no trabalho da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família em área rural: revisão integrativa**. 2018. 12 p. Disponível em:

<<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/35628/22401>>. Acesso em 23 de maio de 2021.

SOUSA, Francisco Danúbio Timbó de, SOUSA, Ana Lúcia Pereira Martins de. **Políticas públicas em saúde**: um artigo de revisão sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2019. Ed. 03, Vol. 03, 127p. Disponível em:

<<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/politicas-publicas-em-saude>>. Acesso em maio de 2021.

TAINAKA, O. ESCOBAR, M. GIMENEZ, A. CAMARGO, K. LELLI, L. YOSHIDA, M. **Gerenciamento do setor de saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil**. São Paulo, 1992. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/8WDgzv7VfjHvV8tScPX7Ckp/?lang=pt>>. Acesso em maio de 2021.

TAKESHITA, I. SOUZA, L. WINGESTER, E. SANTOS, C. AROEIRA, A. SILVEIRA, C. **A implementação das práticas integrativas e complementares no SUS**: revisão integrativa. Curitiba, 2021. Disponível em:

<<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/27942/22110>>. Acesso maio de 2021.

UNIVERSIDADE La Salle. **Manual para apresentação de projetos de pesquisa da Universidade**. 2. ed. Canoas, 2019. [elaboração Cristiane Pozzebom, Samarone

18

Guedes Silveira, Melissa Rodrigues Martins]. Disponível em:

<http://unilasalle.edu.br/canoas/servicos/biblioteca>. Acesso em abril de 2021.

Viana ALD, Machado CV. **Proteção social em saúde**: um balanço dos 20 anos do SUS. Physis: Rev Saúde Coletiva 2008. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400004>>. Acesso em abril de 2021.