



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL  
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EAD**

**ANTONIO MAYKON DOS SANTOS SOUZA**

**ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UMA ANÁLISE  
DO ACESSO À APS EM PIQUET CARNEIRO**

**PIQUET CARNEIRO-CE  
2022**

ANTONIO MAYKON DOS SANTOS SOUZA

ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UMA ANÁLISE DO  
ACESSO À APS EM PIQUET CARNEIRO

Monografia apresentada como requisito para  
obtenção de título de Bacharel em  
Administração Pública na Universidade da  
Integração Internacional da Lusofonia Afro-  
Brasileira.

Orientador: Profa. Dra. Rejane Felix Pereira

PIQUET CARNEIRO-CE  
2022

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da UNILAB  
Catalogação de Publicação na Fonte.

---

Souza, Antonio Maykon Dos Santos.

S696a

Acesso universal e atenção primária à saúde APS: uma análise do  
acesso à APS em Piquet Carneiro / Antonio Maykon Dos Santos Souza.  
- Redenção, 2022.

33f: il.

Monografia - Curso de Administração Pública, Instituto de  
Educação à Distância, Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Rejane Felix Pereira.

1. Saúde. 2. Integralidade. 3. SUS. I. Título

CE/UF/BSP

CDD 353.6

---

ANTONIO MAYKON DOS SANTOS SOUZA

ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UMA ANÁLISE DO  
ACESSO À APS EM PIQUET CARNEIRO

Monografia apresentada como requisito para  
obtenção de título de Bacharel em  
Administração Pública na Universidade da  
Integração Internacional da Lusofonia Afro-  
Brasileira.

Aprovada em: 21/05/2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Rejane Félix Pereira (Orientadora)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

---

Prof. Dra. Sandra Maria Guimarães Callado  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

---

Prof. Me. Francisco Antônio de Sousa Rodrigues  
Membro externo

Dedico esse trabalho a Deus e à minha família,  
só tenho a agradecer a vocês por todo o apoio e  
carinho que recebi nesse processo árduo e de  
muitas batalhas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me dar força e coragem para seguir em frente e não desistir.

À minha família por me apoiar em todas as minhas decisões.

Aos amigos e a todos que contribuíram de algum modo para a realização deste.

“A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.” (Aristóteles).

## **RESUMO**

Ultimamente no Brasil, o acesso e a integralidade do cuidado dos usuários têm sido um dos assuntos mais discutidos dentro do campo da saúde pelos profissionais, gestores, docentes e pesquisadores da Atenção Primária à Saúde (APS). O referido trabalho objetivou-se em analisar o acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Piquet Carneiro-CE. O presente estudo detectou que segundo os usuários da UBS entrevistados, existem muitas barreiras que impedem o acesso dos usuários à Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como a sua relação com o cuidado integral. Com base na resposta observou-se que os usuários do serviço de saúde, apesar do fato de se tratar de uma unidade pequena de saúde que oferece poucos serviços de saúde à população, alegam insatisfação ou recebem serviços ruins. Conclui-se que, para uma modificação desse quadro, torna-se importante reformular as estratégias da atenção primária à saúde, dando enfoque no atendimento integral, e que os poderes públicos invistam na contratação de mais profissionais, bem como, transportes públicos para facilitar a ida até a unidade e na compra de insumos. Recomendam-se, portanto, novas investigações sobre o tema com a utilização de outras metodologias, como pesquisas qualitativas, que explorem possíveis barreiras que possam surgir para o acesso aos serviços primários de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde. Integralidade. SUS.

## **ABSTRACT**

Lately in Brazil, access to and comprehensive care for users has been one of the most discussed issues within the health field by professionals, managers, teachers and researchers of Primary Health Care (PHC). This study aimed to analyze access to the Basic Health Unit (UBS) in Piquet Carneiro-CE. The present study found that according to the UBS users interviewed, there are many barriers that prevent users from accessing the Family Health Strategy (ESF), as well as its relationship with comprehensive care. Based on the response, it was observed that users of the health service, despite the fact that it is a small health unit that offers few health services to the population, do claim dissatisfaction or receive poor services. It is concluded that, in order to change this situation, it is important to reformulate primary health care strategies, focusing on comprehensive care, and that public authorities invest in hiring more professionals, as well as public transport to facilitate the trip to the unit and purchase of inputs. Therefore, further investigations on the subject are recommended, using other methodologies, such as qualitative research, that explore possible barriers that may arise for access to primary health services.

**Keywords:** Saud. Integralit. SUS.

## LISTA DE QUADROS

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Quadro 1: Utilização dos serviços de saúde.....    | 25 |
| Quadro 2: Satisfação dos serviços de saúde.....    | 27 |
| Quadro 3: Organização para o atendimento.....      | 28 |
| Quadro 4: Avaliação da qualidade dos serviços..... | 29 |
| Quadro 5: Perfil dos entrevistados.....            | 31 |

## SUMÁRIO

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                 | <b>14</b> |
| 1.1 Objetivos                                                       | 15        |
| 1.1.1 Objetivo geral                                                | 15        |
| 1.1.2 Objetivos específicos                                         | 15        |
| 1.2 Justificativa                                                   | 15        |
| 1.3 Organização da pesquisa                                         | 16        |
| <b>2 REVISÃO LITERARIA</b>                                          | <b>17</b> |
| 2.1 Sistema Único de Saúde                                          | 17        |
| 2.2 A Atenção Primária à Saúde dentro do SUS                        | 17        |
| 2.3 Relação entre acesso universal e cuidado integral na APS.       | 18        |
| <b>3 METODOLOGIA</b>                                                | <b>22</b> |
| 3.1 Tipo de pesquisa                                                | 22        |
| 3.2 Cenário da pesquisa                                             | 22        |
| 3.3 Sujeitos da pesquisa                                            | 22        |
| 3.4 Instrumento e coleta de dados                                   | 22        |
| 3.5 Análise dos dados                                               | 23        |
| 3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa                            | 23        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                                     | <b>25</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO</b>                                                  | <b>33</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                  | <b>34</b> |
| <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCL)</b> | <b>36</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), na concepção de Bárbara Starfield (2002, p. 22) é definida como “o primeiro contato da assistência centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde”. Nessa concepção, os serviços de APS devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades e centrando-se na família para avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros e ter a competência cultural para comunicar-se e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais.

A aproximação do Brasil com a ideia de APS surge com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196, declara a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, garantido, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A Lei 8080/90, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece o atendimento universal de 210 milhões de pessoas, buscando promover o acesso equânime, integral, universal e de qualidade à totalidade de seus habitantes. Nesse sentido, faz-se necessário discorrer sobre o tema acesso universal, conhecer os bens e serviços que fazem parte do sistema de saúde e sua articulação intersetorial na busca de parcerias e recursos que garantam um cuidado integral aos usuários individualmente e coletivamente.

Dentro desse cenário, o acesso ao SUS tem sido um dos maiores desafios, por apresentar uma alta procura (cerca de 80% da população utilizam o SUS) para poucos recursos. O SUS vem sofrendo com os cortes de seus recursos que, atualmente, estão congelados por 20 anos (até 2036) pela PEC 241/2016. Este crime contra o cidadão impactará na redução de acesso aos bens e serviços de milhares de pessoas, aumentando as já gritantes desigualdades sociais e econômicas e consequentemente, ampliará as taxas de morbidade e mortalidade entre a população (VIACAVA *et al.*, 2018).

Por essa razão, a garantia de acesso universal não é tarefa fácil, Assim torna-se forçoso diante das necessidades de saúde cada dia maior da população brasileira. Os princípios do SUS vieram de encontro à questão do acesso e da acessibilidade aos serviços de saúde, estando diretamente interligados ao cuidado integral, pois são considerados atributos essenciais para a garantia de um atendimento de qualidade. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MARANHÃO; MATOS, 2018; MENDES, 2013).

Entretanto, ainda na contemporaneidade a atenção à saúde está lastreada no modelo

flexneriano em que prevalece a visão exclusiva da biologia, abandonando os demais determinantes sociais do processo saúde-doença e assim desenvolvendo uma prática individualista que não abraça a dimensão integral da pessoa.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar o acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Piquet Carneiro-CE.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Conhecer a base conceitual de acesso universal;
- Compreender como se dá a relação entre acesso universal e cuidado integral na APS;
- Analisar a relevância da integralidade no cuidado e atenção a saúde.

## **1.2 Justificativa**

Note-se que, na maioria dos países, os cuidados primários são capitais e reorganizam os sistemas de saúde, permitindo a possibilidade de uma atenção de qualidade às pessoas, afora de fundar-se em métodos e tecnologias pertos da população, de suas famílias e trabalhos sendo a posta de entrada com o serviço de saúde (BRASIL, 2012).

Estudos confirmaram que os problemas da acessibilidade às ações na atenção primária não estão tão-somente associados aos aspectos geográficos, mas ainda à ausência na oferta de aparelhos que levam em consideração a organização social, cultural, epidemiológica, econômica, religiosa e de comunicação com a Estratégia Saúde da Família (ESF) (OLIVEIRA, 2013).

Cunha (2011) considera que o acesso é um indicador importante para esclarecer as mudanças no uso e na oferta de serviços de saúde à comunidade, representando uma grandeza relevante nas pesquisas sobre a justiça igualitária nos sistemas de saúde. Portanto, afiançar o acesso aos serviços de qualidade agências mudanças no seu modelo biomédico na expectativa de alcançar não somente a assistência aos problemas agudos e crônicos, mas desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção dos agravos, de forma articulada e intersetorial, buscando a integralidade do cuidado às pessoas, família e comunidade.

A motivação do estudo surgiu a partir da observação crítica nas unidades de saúde no município de Piquet Carneiro-CE, onde se observou que há pessoas que tem o seu direito ao acesso restringido, deixando para depois o atendimento de sua necessidade. A ausência desses

atendimentos, bem como, a falta de promoção da saúde e prevenção de doenças, pode levar ao desencadeamento de diversas patologias, entre elas, as crônicas, como Diabetes *Melitus* (DM) e Hipertensão Arterial (HAS).

### **1.3 Organização da pesquisa**

Esta pesquisa esta organizada da seguinte maneira: na Introdução é apresentada uma contextualização do problema a ser analisado, incluindo os objetivos gerais e específicos da pesquisa; a Revisão bibliográfica aborda temáticas como sistema único de saúde, integralidade, acesso a saúde e relação entre acesso universal e cuidado integral na APS. 2.1 Sistema Único de Saúde, a metodologia, resultados e discussão, conclusão e referências.

## **2 REVISÃO LITERARIA**

### **2.1 Sistema Único de Saúde**

O SUS, regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, permitiu o acesso da população à saúde, de forma que todos pudessem ser atendidos de forma igualitária e universal, sem a comprovação de vínculo com alguma instituição, como era antigamente. Diante disso, foram designados alguns princípios doutrinários e organizativos, dentre eles os três mais importantes que conferem a sua legitimidade são: universalidade, integralidade e equidade (RIBEIRO, 2019).

Somente em 1994, após uma avaliação positiva do MS sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi proposto um mais novo modelo de assistência à saúde chamado Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa tinha como propósito a reorientação do modelo tradicional de assistência daquela época, focando na promoção e prevenção da saúde a partir da AB que tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

Em 2006, o PSF passou a ser uma ESF, pois um programa possui um tempo determinado para seu encerramento, e já a estratégia é permanente e contínua. A ESF foi implantada no Brasil junto ao pacto em saúde e tem como princípios os mesmos que norteiam o SUS, os da AB e os próprios da estratégia que enfatizam a questão do cuidado, do vínculo e da continuidade, que não são enfatizadas nos princípios do SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em 2010, o Ministério da Saúde buscando a ampliação do acesso e o alcance da integralidade do cuidado ao usuário na AB estabeleceu a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. E, considerando a Resolução nº 21, de 27 de julho de 2017 que estabelece a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve no Art. 2º § 2º que a Atenção Básica tem que ser ofertada integralmente e gratuitamente a toda a população, estando de acordo com suas demandas e necessidades locais bem como com seus determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2010).

### **2.2 A Atenção Primária à Saúde dentro do SUS**

A Conferência confirmou ainda a importância do desenvolvimento adicional de um sistema nacional de saúde, no qual os cuidados primários deveriam ser parte integrante, e reafirmou um conceito abrangente de saúde enquanto direito universal (OMS, 1979).

Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se apresenta como uma porta de entrada do SUS que conforme o Ministério da Saúde possui como objetivo principal promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco (ex: sedentarismo, má alimentação e tabagismo). Ela é composta por uma equipe multiprofissional formada por no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal.

É de grande importância à proximidade dos profissionais com os usuários da ESF, isso permite a criação de um vínculo maior entre eles, além de um conhecimento acerca do contexto social em que aquela família está inserida. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital, diminuindo assim a superlotação desses sistemas.

### **2.3 Relação entre acesso universal e cuidado integral na APS.**

A ideia do modelo de APS deu-se como uma forma de conformação dos sistemas de saúde por meio do relatório de Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) do Reino Unido em 1920. Ele preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos pontos, entre eles estão: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Ainda hoje esse documento é considerado um dos primeiros a empregar o conceito de APS como um ponto de vista de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. (MENDES, 2015; LAVRAS, 2011; FIGUEIREDO, DEMARZO, 2016).

Do início dos anos vinte ao final dos anos setenta, deram-se vários processos que direta e indiretamente levaram a edificação da APS. Neste cenário, destaca-se a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, que induziu a criação do Sistema Nacional de Saúde Britânico, que passou a orientar a reorganizar os sistemas de saúde em vários países do mundo (LAKHANI *et al.*, 2007; LAVRAS, 2011).

O conceito de acesso à saúde modificou-se ao longo do tempo transformando-se em uma forma mais complexa, pois por vezes, ele é utilizado de maneira inconsciente e não muito explícito em relação a sua utilização nos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Nas palavras de Azevedo e Costa (2010) o acesso diz respeito à expectativa do usuário em buscar o seu direito constitucional e universal a saúde e dever do estado. Entretanto para que isso ocorra é indispensável considerar a diversidade e individualidade das demandas, além de conter uma fácil aproximação, com destruições de barreiras geográficas, administrativas, financeiras.

Como sabemos, o Brasil é um país em que as desigualdades sociais, fenotípicas e culturais prevalecem. Algumas delas, que poderiam ser apenas diferenças (ex: homens e mulheres), convertem-se com muita frequência, em iniquidades, na medida em que por relações principalmente de poder, o acesso e a posse aos bens, serviços e riqueza são desigualmente distribuídos (STIGLITZ, 2013).

Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis as desiguais condições de saúde dos diferentes tipos de grupos. Essas desigualdades tornam-se presentes no sistema de saúde como um todo, seja nos níveis de riscos à saúde, no acesso diferenciado ou nos recursos disponíveis no sistema de saúde. Em geral, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde estão diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social (STIGLITZ, 2015; DEATON, 2017).

Dessa forma, pensar na capacidade de acesso envolve também pensar na organização dos serviços e o que eles têm a oferecer à população. A iniquidade promove diferenças que colocam certas populações em situação de desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde, reforçando, assim, as condições de vulnerabilidade da saúde de determinadas comunidades, uma vez que a oferta de serviços no SUS (apesar dos inegáveis avanços) ainda está aquém às reais necessidades dos diferentes brasileiros que dele necessitam (FLEURY, 2010).

Para início de abordagem é culminante ponderar acerca do quadro econômico ao qual adentra estes usuários, e neste sentido é culminante colocar Muitos estudiosos acreditam que boa parte dos usuários da APS ainda se encontram em ascensão do sistema capitalista, que com o advento da Revolução Industrial no século XVIII, as desigualdades tornaram-se mais evidentes.

Nesse contexto econômico denota-se que o poder de dominação é que acentua as desigualdades. Marx e Engels (1998) denunciam no Manifesto do Partido Comunista o novo modelo de sociedade, que surge dentre outras coisas para acentuar e reproduzir a divisão de

classes “A sociedade burguesa moderna, que brotou das ruínas da sociedade feudal, não aboliu os antagonismos de classes. Não fez senão substituir velhas classes, velhas condições de opressão, velhas formas de luta por outras novas” (Marx, Karl & Engels, Friedrich. 1998 p. 09).

As desigualdades sociais estão diretamente ligadas ao modo de produção do sistema capitalista. Diante dessa relação de produção contraditória, que não é justa, onde visa apenas o acúmulo de capital nas mãos de poucos, através da exploração do trabalhador. Dessa forma, na medida em que aumenta o acúmulo do capital, verifica-se igualmente o aumento em sua concentração e centralização.

A desigualdade social e a pobreza estão presentes em grande parte dos países. Considerando que em todos os países há pobreza, devemos destacar que a desigualdade social é um fenômeno presente de forma acentuada principalmente nos países periféricos, como é o caso do Brasil.

Historicamente a desigualdade social é um fator determinante na estrutura e formação do Brasil, que persiste até os dias atuais com resquícios coloniais. Os resultados que se apresentam no Brasil, nada mais são que um reflexo da forma como os homens conduziram o processo de ocupação do território brasileiro.

O Brasil foi fundado sobre o signo da desigualdade, da injustiça, da exclusão: capitânias hereditárias, sesmarias, latifúndio, Lei de Terras de 1850 (proibia o acesso à terra por aqueles que não detinham grandes quantias de dinheiro), escravidão, genocídio de índios, importação subsidiada de trabalhadores europeus miseráveis, autoritarismo e ideologia antipopular e racista das elites nacionais. Nenhuma preocupação com a democracia social, econômica e política. Toda resistência ao reconhecimento de direitos individuais e coletivos (GARCIA, 2003, p. 9).

Ao reportarmos ao início do processo de desenvolvimento do Brasil, percebemos que a forma de pensar e os valores daquela época ainda se fazem presentes nas relações estabelecidas hoje. É possível observar que a desigualdade social e a pobreza estão presentes durante todo o processo histórico. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988, coloca como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil em seu Art 3º, inciso III, “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais.” (BRASIL, 1988).

Com base no que foi discorrido anteriormente acerca do retrato econômico dos usuários da APS denota-se que os mesmos se encontram em situação de vulnerabilidade econômica sem recursos financeiros a prover para custear gastos a cuidados básicos essenciais e assim estes buscam pelos serviços.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Apresente pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório, do tipo qualitativa com estudo de caso de cunho descritivo como fundamento em uma abordagem qualitativa, conforme Prates (p,20, 2013):

Esse tipo de pesquisa trabalha basicamente com a experiência social dos sujeitos expressa no seu cotidiano, ou seja, com a demonstração de sua cultura, o que inclui modo de vida, significados atribuídos, valores, sentimentos, linguagem, representações e práticas sociais.

A pesquisa qualitativa visa possibilitar uma maior assimilação sobre o significado e a experiência e estimular uma melhor compreensão nas circunstâncias em que os indivíduos se deparam. Uma característica da pesquisa qualitativa e a concepção da realidade, a pesquisa pode ser percebida a ato subjetivo dessa construção. (GUNTHER, 2006).

#### 3.2 Cenário da pesquisa

A referida abordagem foi realizada no Município de Piquet Carneiro, no Estado do Ceará, o qual tem uma estimativa de 18.127 habitantes, localizado na região centro sul, delimitado pelos municípios ao norte Banabuió, ao leste Jaguaratama e Jaguararibe, Ao sul Quixelô e a Acopiara e ao oeste Deputado Irapuã Pinheiro e Milhã, distante 278 km da capital Fortaleza (IBGE-2017; IPECE-2010).

Os *lôcus* da presente asserção da pesquisa serão as Unidades Básicas de Saúde-UBS da rede municipal pública, ao qual se investigara a UBS academia da saúde, localizada zona urbana no município de Piquet carneiro-CE, que cuja esta foi escolhida devido ser a mais próxima da residência pesquisador e ser fácil acesso e os usuários demonstraram interesse em participar da pesquisa.

#### 3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos referem-se 15 usuários que usam os serviços de Atenção Primária a Saúde-APS nas Unidades Básicas de Saúde-UBS do município de Piquet Carneiro para atendimento, tal número de pequeno de participantes justifica-se devido à falta de interesse dos demais

usuários em querer participar voluntariamente da pesquisa.

### **3.4 Instrumento e coleta de dados**

A coleta de dados se deu por meio de entrevista com usuários da UBS que utilizam as unidades de saúde, ao qual a entrevista foi do tipo semiestruturada, a qual composta por um roteiro antecipadamente elaborado com 4 perguntas, abordando pontos identificados nos objetivos da pesquisa.

A entrevista semiestruturada é aquela que segue um formulário que seja adequado ao uso do pesquisador, construído a partir de questões que podem ser respondidas com maior precisão as perguntas abordadas, com o mérito de conseguir compreender de forma clara e objetiva (MAYAMO, 2013).

### **3.5 Análise dos dados**

Para a análise dos dados, propõe-se a categorização de forma descritiva e interpretativa dos elementos adquiridos por meio da entrevista, ao qual foi escolhida de forma a realizar uma análise detalhada, obtendo assim uma categorização dos dados obtidos de forma organizada, podendo, dessa maneira, facilitar a análise dos dados qualitativos, necessitando sempre levar em consideração o ponto de vista dos sujeitos (LAKATOS; MARCONI, 2010).

### **3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

A presente pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), onde ela incorpora sob a visão do indivíduo e das coletividades, as quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado (BRASIL, 2012).

Goldim (2003) ressaltam que o processo de consentimento livre e esclarecido objetiva permitir que o participante demonstre de forma autonomia a sua decisão a respeito de sua participação no estudo. Considerando que a participação dos entrevistados é livre, sem vantagens ou quaisquer prejuízos, sendo assegurado o anonimato, a participação ou desistência

em qualquer momento do estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE –A), o qual contém informações sobre a pesquisa.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O *locus* desta pesquisa voltou-se para a Unidade Básica de Saúde situada em Piquet Carneiro no estado do Ceará, ao qual esta unidade é composta por 1 enfermeiro, 1 médico e 1 fonoaudiólogo, em relação ao atendimento estes são atendidos cerca de 32 pessoas por dia sendo 16 pela manhã e 16 no período da tarde para os referidos atendimentos onde cada profissional atendi um dia na semana.

Nesse encalce destaca-se também que A presente pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), a qual trata das questões éticas que envolvem pesquisas com seres humanos. A resolução refere-se, em meio a aspectos éticos, ao respeito ao indivíduo pesquisado por meio da aceitação livre e esclarecida que está vinculada as pesquisas envolvendo seres humanos. Ela incorpora sob a visão do indivíduo e das coletividades, as quatro referenciam básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos potenciais de danos imediatos ou tardios, comprometendo o indivíduo ou a coletividade (BRASIL, 2012).

O presente discorrerá a seguir sobre os dados coletados com os usuários do posto de saúde (UBS) do município de Piquet Carneiro-CE, aos quais foram aplicados um questionário com 4 perguntas sendo elas: (1) Você utiliza frequentemente os serviços de saúde ofertados pelo posto de saúde? (2) Na sua opinião você acha satisfatório os serviços de saúde que você utiliza no posto de saúde? (3) Como você avalia a organização para o atendimento no seu posto de saúde? (4) De 0 a 10 avalie a qualidade do acesso ao serviço de Atenção Primária a Saúde-APS. Cujas estas perguntas foram aplicadas a 4 respondentes cujo dados foram organizados abaixo em tabelas conforme a ordem das perguntas aplicadas.

Inicialmente indagou-se acerca da frequência de utilização dos serviços de saúde ofertados pelo posto de saúde, cujas respostas foram:

Quadro 1: Utilização dos serviços de saúde.

**(1) VOCÊ UTILIZA FREQUENTEMENTE OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELO POSTO DE SAÚDE?**

| <b>RESPONDENTES</b> | <b>RESPOSTA</b> |
|---------------------|-----------------|
| Usuário 1           | Sim             |
| Usuário 2           | Sim             |
| Usuário 3           | Sim             |
| Usuário 4           | Sim             |
| Usuário 5           | Sim             |
| Usuário 6           | Sim             |
| Usuário 7           | Sim             |
| Usuário 8           | Sim             |
| Usuário 9           | Sim             |
| Usuário 10          | Sim             |
| Usuário 11          | Sim             |
| Usuário 12          | Sim             |
| Usuário 13          | Sim             |
| Usuário 14          | Sim             |
| Usuário 15          | Sim             |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pontua-se assim que o acesso aos serviços de saúde é uma grandeza que transversaliza todas as práticas de saúde, que envolve técnica (fazer), organização, aspectos políticos, econômicos, sociais e simbólicos que vão desde o acesso à porta de entrada até a saída da rede de cuidados (atenção especializada). O acolhimento tem a responsabilidade de produzir cuidados, afinal, quem participa efetivamente dos problemas de saúde das pessoas, acolhendo, ouvindo e conversando, estabelece parcelas de responsabilidade em sentido duplo, pois cuida e demonstra acolhimento e vice-versa.

Destacam-se as dificuldades de acesso relacionadas à estrutura e a organização de serviços discorre sobre a oferta limitada de insumos, a falta de cobertura de toda a área adstrita e a redução do número de visitas domiciliares. Como consequências têm a descontinuidade do tratamento dos usuários pela falta de mediações, a dificuldade dos usuários em acessar o serviço por falta de cobertura da sua área, e a restrição do acesso para aqueles usuários que não podem se deslocar. Fatores ligados a acessibilidade organizacional, como o não atendimento no mesmo dia da marcação da consulta e a existência de filas, além de dias específicos para esse fim, também foram observados como potenciais dificultadores do acesso. Esses achados corroboram outros estudos ao demonstrar que o tempo superior a sete dias de espera entre a marcação e a consulta aumentam as chances de não efetivar o acesso.

Adicionalmente, um estudo realizado em um município do interior da Bahia destacou que a restrição da marcação de consulta a dias específicos dificultava o acesso aos serviços da UBS. Dentre os dificultadores do acesso, o presente estudo não encontrou diferenças entre as áreas cobertas pela atenção primária à saúde e o desfecho que analisou a existência de filas para

marcação de consultas. Vale destacar que estudos que analisaram o tempo na fila de espera verificaram uma maior frequência entre os indivíduos de menor escolaridade. É importante ressaltar que os serviços de saúde acessados por usuários de áreas não cobertas pela ESF representam modalidades distintas de atenção. Mais um problema relatado que reduz ainda mais os atendimentos diários é o não cumprimento das oito horas de trabalho, mais evidenciadas pelos médicos das unidades.

Um estudo sobre desigualdades nos serviços de saúde realizado no Brasil pelos pesquisadores Boccolini e Souza Junior no ano de 2016, evidencia a afirmação acima. O estudo afirma que entre os usuários que não conseguiram uma consulta nas ESF, os motivos mais comuns foram: falta de médico ou outro profissional de saúde (49%); incapacidade de marcar consultas ou longos períodos de espera (41%) e; outros motivos, incluindo falta de dinheiro (9%).

Com relação à acessibilidade geográfica, alguns usuários relataram sobre a dificuldade de acesso devido à distância entre algumas residências e a UBS. Eles declaram não ter transporte para se locomover até o serviço de saúde e que muitas vezes não dá pra ir a pé, ou por ser muito longe, ou por terem algum problema de saúde que impeçam. Apesar dessas questões não terem sido investigadas pelo estudo, os indivíduos que residem em áreas cobertas pela UBS apresentam maiores condições de vulnerabilidade social, o que pode repercutir em baixas condições de custeio financeiro de um transporte coletivo para deslocamento até a unidade. Esse fato é destacado pela literatura como uma barreira de um acesso facilitado, entretanto o deslocamento a pé é o mais utilizado pelos usuários de serviços da UBS.

Em continuidade a entrevista fomentou-se ainda acerca da satisfação dos serviços de saúde usados no posto de saúde, onde os entrevistados pontuaram que avaliam o mesmo como excelente, assim como se observa abaixo.

Quadro 2: Satisfação dos serviços de saúde.

**(2) NA SUA OPINIÃO VOCÊ ACHA SATISFATÓRIO OS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE VOCÊ UTILIZA NO POSTO DE SAÚDE?**

| <b>RESPONDENTES</b> | <b>RESPOSTA</b>                                                                                 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usuário 1           | Excelente parece até um posto particular pois sempre somos bem atendidos e tratados.            |
| Usuário 2           | Muito bom me sinto bem assistida principalmente pelo acompanhamento feito pela agente de saúde. |
| Usuário 3           | Gosto muito pois sempre sou bem atendida e acho o posto limpo e organizado.                     |
| Usuário 4           | Muito bom.                                                                                      |
| Usuário 5           | Bom                                                                                             |
| Usuário 6           | Ótimo, acho o posto limpo e organizado.                                                         |
| Usuário 7           | Bom, com profissionais capacitados.                                                             |
| Usuário 8           | Satisfatório                                                                                    |
| Usuário 9           |                                                                                                 |
| Usuário 10          | Muito bom.                                                                                      |
| Usuário 11          | Bom                                                                                             |
| Usuário 12          | Ótimo, acho o posto limpo e organizado.                                                         |
| Usuário 13          | Bom, com profissionais capacitados.                                                             |
| Usuário 14          | Satisfatório                                                                                    |
| Usuário 15          | Muito bom.                                                                                      |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Note-se, que os cuidados primários reorganizam os sistemas de saúde, permitindo a possibilidade de uma atenção de qualidade às pessoas, afora de fundar-se em métodos e tecnologias pertos à população de suas famílias e trabalhos, sendo a porta de entrada com o serviço de saúde (BRASIL, 2012).

A aproximação do Brasil com a ideia de APS surge com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, sendo declarada saúde como “um direito de todos e dever do estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

O SUS estabelece em sua Lei 8080/90 o atendimento universal de 210 milhões de pessoa, buscando promover o acesso equânime, integral, universal e de qualidade à totalidade de seus habitantes (BRASIL, 1990). Nesse sentido, faz-se necessário ao discorrer sobre o tema acesso integral, conhecer os bens e serviços que fazem parte do sistema de saúde e sua articulação Inter setorial na busca de parcerias e recursos que garantam um cuidado maior aos usuários individualmente e coletivamente.

Fomentou-se ainda acerca da avaliação da organização para o atendimento no seu posto de saúde, cujas as respostas foram:

Quadro 3: Organização para o atendimento.

---

**(3) COMO VOCÊ AVALIA A ORGANIZAÇÃO PARA O ATENDIMENTO NO SEU POSTO DE SAÚDE?**

---

| <b>RESPONDENTES</b> | <b>RESPOSTA</b>                                                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usuário 1           | Bem organizado na distribuição das fichas.                                                                       |
| Usuário 2           | Muito bom, e as fichas sempre suprem as demandas aqueles que não conseguem a ficha são agendados para outro dia. |
| Usuário 3           | Bem organizado, pois sempre entregam fichas para garantir o atendimento e cada médico atendi um dia na semana.   |
| Usuário 4           | Muito organizado sem dúvidas, eu gosto muito.                                                                    |
| Usuário 5           | Bem organizado                                                                                                   |
| Usuário 6           | Sempre fui bem atendido.                                                                                         |
| Usuário 7           | Bom, eu gosto muito.                                                                                             |
| Usuário 8           | Bem organizado                                                                                                   |
| Usuário 9           | Bem organizado na distribuição das fichas.                                                                       |
| Usuário 10          | Muito bom, e as fichas sempre suprem as demandas apresentadas pela comunidade.                                   |
| Usuário 11          | Bem organizado o atendimento e cada médico atendi um dia na semana.                                              |
| Usuário 12          | Muito organizado, eu gosto muito.                                                                                |
| Usuário 13          | Bem organizado                                                                                                   |
| Usuário 14          | Bem organizado na distribuição das fichas.                                                                       |
| Usuário 15          | Muito bom e de qualidade                                                                                         |

---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nesse encalce Lavras (2011) pontua ainda que é importante também compreender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, prioritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde e onde existe competência para a resolução de grande parte dos problemas de saúde apresentados.

Por questionou-se sobre a qualidade do acesso aos serviços de saúde que segundo os mesmo em uma escala de 0 a 10 este é classificado como sendo 10 ou seja os mesmos são de excelente qualidade. A seguir a resposta dos entrevistados:

Quadro 4: Avaliação da qualidade dos serviços.

**(4) DE 0 A 10 AVALIE A QUALIDADE DO ACESSO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-APS?**

| <b>RESPONDENTES</b> | <b>RESPOSTA</b> |
|---------------------|-----------------|
| Usuário 1           | 10              |
| Usuário 2           | 10              |
| Usuário 3           | 10              |
| Usuário 4           | 10              |
| Usuário 5           | 10              |
| Usuário 6           | 10              |
| Usuário 7           | 10              |
| Usuário 8           | 10              |
| Usuário 9           | 10              |
| Usuário 10          | 10              |
| Usuário 11          | 10              |
| Usuário 12          | 10              |
| Usuário 13          | 10              |
| Usuário 14          | 10              |
| Usuário 15          | 10              |

Fonte: Elaborado pelo autor.

O acesso é um atributo essencial da Atenção Primária, tendo em vista que se a população não acessa os serviços de primeiro nível, ela não se beneficia dos outros atributos dessa modalidade de atenção. Macinko e Mendonça (2018) em seu estudo sobre a “Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados” relata que o acesso a APS não equivale somente a simples utilização dos serviços de saúde ou ser uma “porta de entrada”, ele tem que percorrer o caminho em busca de atendimento às necessidades do indivíduo, configurando-se um dispositivo transformador da realidade.

O Acesso aos serviços de saúde é uma grandeza que transversaliza todas as práticas de saúde, que envolve técnica (fazer), organização, aspectos políticos, econômicos, sociais e simbólicos que vão desde o acesso à porta de entrada até a saída da rede de cuidados (atenção especializada). Dentre as dimensões de análise o acolhimento é um dos mais importantes, pois acarreta estabelecer relações com o modelo de atenção à saúde e a qualidade dos serviços. O acolhimento tem a responsabilidade de produzir cuidados, afinal, quem participa efetivamente dos problemas de saúde das pessoas, acolhendo, ouvindo e conversando, estabelece parcelas de responsabilidade em sentido duplo, pois cuida e demonstra acolhimento e vice-versa.

A ESF é a porta de entrada mais próxima dos usuários a APS. Ela permite direcionar os problemas da família, da comunidade e do indivíduo em particular para os demais níveis de atenção, sendo possível resolver os principais problemas de saúde de forma organizada, sem superlotar os outros sistemas de saúde.

As grandes demandas cotidianas e as limitações do acesso a ESF ainda existem, mas vem se modificando ao longo do tempo. De acordo com Pinto e Giovanella (2018) o acesso a

APS no país vem se ampliando cada vez mais, sendo constatado por meio da grande expansão do número de ESF implantadas nos últimos 20 anos, que por meio dos dados do Departamento de Atenção Básica, passaram de 2.054 em 1998 para 44.188 em 2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2019).

Contudo, é importante salientar que o aprofundamento da análise do acesso aos serviços primários à saúde é de suma importância e pode contribuir para avançar na melhoria do atendimento e na satisfação dos usuários e das suas necessidades de saúde. Viabilizar o acesso por meio de ações concretas, como criação de um vínculo entre profissional e usuário, e responsáveis, como responder as demandas integralmente de acordo com as necessidades individuais e coletivas dos usuários, é o melhor caminho para que obtenham um serviço de qualidade.

Para facilitar a leitura e compreensão dos dados coletados no questionário estruturou-se também o perfil dos respondentes que por sua vez serão apresentados a seguir em forma de quadro.

Quadro 5: Perfil dos entrevistados.

| PERFIL DOS ENREVISTADOS |       |          |                          |
|-------------------------|-------|----------|--------------------------|
| RESPONDENTES            | Idade | Sexo     | Escolaridade             |
| Usuário 1               | 29    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 2               | 18    | Feminino | Ensino médio completo    |
| Usuário 3               | 20    | Feminino | Ensino médio completo    |
| Usuário 4               | 36    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 5               | 26    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 6               | 31    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 7               | 30    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 8               | 60    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 9               | 29    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 10              | 19    | Feminino | Ensino médio completo    |
| Usuário 11              | 25    | Feminino | Ensino médio completo    |
| Usuário 12              | 36    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 13              | 26    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 14              | 31    | Feminino | Ensino superior completo |
| Usuário 15              | 29    | Feminino | Ensino superior completo |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nestes dados foi possível constatar que os usuários que utilizam as unidades apontam que não encontram dificuldades em relação ao acesso e cuidado integral, assim como precariedade em relação aos serviços ofertados pois no que diz respeito ao acesso o mesmo apresenta estar sendo ofertado com qualidade.

Denota-se ainda neste que apesar da falta de incentivos financeiros e em políticas públicas para subsidiar e melhorar a qualidade dos serviços da APS nas unidades, estes demonstram apresentar uma satisfação para os que usam o mesmo, uma vez que estes implicam no acesso aos serviços básicos para os usuários assim como se denota no terceiro artigo estudado, onde discute a qualidade dos serviços de saúde ao qual é ofertado a população que socioeconomicamente falando é caracterizada como sujeitos pertencentes a classe média e baixa, e encontram em situações de vulnerabilidade social e necessitam dos serviços das unidades de saúde para manter os cuidados para com a sua saúde.

Levando em consideração os achados trazidos nos dados apresentados se pode sintetizar que no tange do sistema público de saúde, pode se dizer que o que diz respeito a maior ou menor facilidade da população para obter um tipo de assistência ou até mesmo uma consulta. Ainda que não se deva reduzir a atenção primária à prestação de consultas, esta atenção não pode abdicar da atenção clínica prestada pelos profissionais de saúde, mas tem de integrá-la à vertente da Saúde Coletiva.

A integralidade é a forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica da ‘intervenção pura’, tentando alcançar os contornos do que se compreende como ‘cuidar’, no âmbito da construção dos serviços de saúde. Na saúde, a palavra ‘integral’ (e sua substantivação ‘integralidade’) vem sendo o tema da prestação dos serviços, que a intercedem como objetivo a ser alcançado na produção de um novo cuidar.

Também a integralidade, no SUS, é uma concepção difusa e complexa, extremamente polissêmica e que requer várias formas de operacionalização no cotidiano das práticas. Ver o outro na sua cosmovisão é, em outras palavras, vê-lo como um ser integral.

Portanto, entende-se que cuidado integral é uma linha que incorpora a ideia de acolhimento do profissional e vínculo com a instituição, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação que proporcionará maior acesso a todos os recursos que o usuário precisa. O cuidado integral é feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, mantendo vínculo com a instituição e responsabilizando-se pelo seu problema de saúde.

O acesso universal a ESF e sua relação com o acesso e cuidado integral à saúde dos usuários da APS, foi possível identificar a partir das colocações dos dados coletados bem como o que diz respeito ao conhecimento da base conceitual de acesso universal à ESF, na visão dos usuários da APS conforme as ponderações apresentadas sobre a prática do cuidado integral relacionado ao acesso na ESF assim como na facilidade do acesso universal a APS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que existem muitas barreiras que limitem o acesso dos usuários aos serviços primários a saúde, entretanto os dados que os usuários acessam esses serviços apresentam-se satisfeitos, uma vez que essas pessoas que necessitam desses cuidados primários e recebem orientações por parte dos profissionais quanto aos serviços ofertados pela ESF.

Como contribuições para a saúde e a enfermagem, este estudo apresenta subsídios para que os profissionais de saúde, usuários e gestores busquem, de forma colaborativa, estratégia de enfrentamento da elevada demanda espontânea e dificuldades de acesso. A ausência da participação dos gerentes dos setores sanitários do município é considerada como limitação da pesquisa, devido à rotatividade e por não contemplarem o critério de inclusão deste estudo. Propõe-se a replicação da teoria da demanda na ESF em outras realidades.

Recomendam-se, portanto, novas investigações sobre o tema com a utilização de outras metodologias, como pesquisas qualitativas, que explorem com mais detalhes as barreiras que obstaculizam o acesso aos serviços primários de saúde. Além disso, faz-se necessário fortalecer políticas públicas já existentes com estratégia para inserir esse público no âmbito da atenção primária à saúde, ou seja, desenvolver mecanismos e repensar as práticas das equipes de saúde de forma a preconizar uma atenção acolhedora e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. P18055, set.1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 56p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris**. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 26 SET. 2020 as 22:38.

FACCHINI, Lucas Almeida.; TOMASI, Estefanio; DILÉLIO, Alison Santos. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 208-223, setembro 2018.

FARIA, Heitor Pereira. de; COELHO, Italo Brito.; WERNECK, Marcos Almeida Ferreira; SANTOS, Marcos Almeida. dos. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFGM. 2 ed. Belo Horizonte. 67 p. 2010.

FAUSTO, Mauricio Cordeiro Rios. **Dos programas de medicina comunitária ao sistema único de saúde: uma análise histórica da atenção primária de saúde brasileira**. Tese Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social de Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, Elison Nogueira.; DEMARZO, Matias Marcos Pereira. **Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. Sumária Edição. Distribuição e Informações Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOODE, Whit.; HATT Patrik. Métodos em pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Nacional, 1979.

GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão.** Psicologia: teoria e pesquisa, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

LAKATOS, Estenio Matos; MARCONI, Mauro Augsto. **Técnicas de pesquisa.** 7 eds. São Paulo: Atlas,

MARANHÃO, Teixeira.; MATOS, Igrivanio Brito Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface** (Botucatu). v.22, n.64, p.55-66, 2018.

MENDES, Evangelina Vargas. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde:** Alma-Ata-URSS, 1978: Relatório final. Brasília: OMS-UNICEF, 1979.

PAIVA, Chaves; TEIXEIRA, Lourenço Albuquerque. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.** v.21, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Mar., 2014.

PINHEIRO, Mauro Reis.; MATTOS Rodrigo. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. **Abrasco.** 3. ed. Rio de Janeiro, 2012.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCL)**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB PROGRAMA NACIONAL DE  
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – PNAP CURSO: BACHARELADO EM ADM.  
PÚBLICA**

**ALUNO: ANTONIO MAYKON DOS SANTOS SOUZA**

**TEMA: ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-APS, UMA  
ANÁLISE DO ACESSO À APS EM PIQUET CARNEIRO**

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, concordo em participar da coleta de dados da pesquisa intitulada “ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UMA ANÁLISE DO ACESSO À APS EM PIQUET CARNEIRO”, a ser realizada sob a responsabilidade de XXXX (nº de matrícula:, aluno do Curso de xxx da Faculdade xxx.

Estou ciente de que durante a entrevista estarei sujeito (a) a situação de constrangimento, uma vez que depararei com perguntas pessoais, que poderão despertar certo desconforto, porém fui informado (a) de que os resultados encontrados na pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos e que as identidades dos participantes serão mantidas em total sigilo, não sendo mencionado nome ou sobrenome, nem qualquer outra forma de identificação dos mesmos. Estou ciente também de que a instituição não disporá de nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação, e que a não participação não acarretará qualquer prejuízo ao participante no seu direito a receber assistência nessa instituição.

Tendo em vista, que fui satisfatoriamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa e que a pesquisadora estará disponível em qualquer momento para prestar mais esclarecimentos acerca dos procedimentos utilizados na pesquisa e das formas de divulgação expresse meu livre consentimento para atuar como sujeito da pesquisa.

Piquet Carneiro-CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

---

Assinatura do participante