



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

**ANÁLISE DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NAS
REGIÕES BRASILEIRAS: UMA RELAÇÃO COM ÍNDICE DE GINI**

JÉSSICA ALVES TAVARES
KAUANY VILELA DE ALMEIDA

Orientador: Profa. Ma. Sandra Suely Magalhães

Trindade - GO

2020

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

**ANÁLISE DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NAS
REGIÕES BRASILEIRAS: UMA RELAÇÃO COM ÍNDICE DE GINI**

JÉSSICA ALVES TAVARES
KAUANY VILELA DE ALMEIDA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Profa. Ma. Sandra Suely Magalhães

Trindade - GO
2020

JÉSSIKA ALVES TAVARES
KAUANY VILELA DE ALMEIDA

**ANÁLISE DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NAS
REGIÕES BRASILEIRAS: UMA RELAÇÃO COM ÍNDICE DE GINI**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Profa. Ma. Sandra Sueley Magalhães (Orientadora)
Faculdade União de Goyazes

Profa. Ma. Taiana Ribeiro (Membro Interno)
Faculdade União de Goyazes

Profa. Ma. Mirian Cristina de Oliveira (Membro Externo)
Docente da Escola de Saúde de Goiás

Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos (Suplente)
Faculdade União de Goyazes

TRINDADE - GO

15/12/2020

ANÁLISE DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UMA RELAÇÃO COM ÍNDICE DE GINI

Jéssika Alves Tavares¹

Kauany Vilela de Almeida¹

Sandra Suely Magalhães²

RESUMO

Introdução: No início do século XX, os brasileiros se colocavam esperançosos com a chegada de um novo século e seus benefícios, visando avanços na saúde. O SUS traz consigo princípios que visam atendimento universal, integral e sem diferenciação de raça e classe social, e para cumprir este princípio o ministério da saúde criou o psf cujo atendimento básico é o chefe de família. **Objetivos:** Descrever a cobertura populacional da atenção básica nas regiões brasileiras, relacionar a cobertura encontrada com o índice de GINI. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, transversal de cunho retrospectivo. **Resultados:** Há variações de coberturas de AB e índice de GINI entre as regiões avaliadas, sendo a região nordeste com maior cobertura populacional e maior desigualdade (índice de GINI) e a região sudeste apresenta menor cobertura populacional e menor desigualdade social. **Considerações finais:** A percentagem da cobertura da AB ainda é falha, o que deixa muitas famílias desamparadas quanto ao acesso nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica, Desigualdade Social, Índice de GINI.

ANALYSIS OF BASIC HEALTH CARE COVERAGE IN BRAZILIAN REGIONS: A RELATIONSHIP WITH GINI INDEX

ABSTRACT

Introduction: At the beginning of the 20th century, Brazilians were hopeful about the arrival of a new century and its benefits, aiming at advances in health. SUS brings with it principles that aim at universal, comprehensive care and without differentiation of race and social class, and to fulfill this principle, the Ministry of Health created the PSF whose primary care is the family doctor. **Objectives:** To describe the population coverage of primary care in Brazilian regions, to relate the coverage found with the GINI index. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study of a retrospective nature. **Results:** There are variations in AB coverage and the Gini index between the regions evaluated, with the Northeast region with the highest population coverage and the highest inequality (Gini index) and the Southeast region with the lowest population coverage and the lowest social inequality. **Final Considerations:** the percentage of AB coverage is still insufficient, which leaves many families helpless as regards access to health services.

KEYWORDS: Primary Care, Social Inequality, Gini Index.

¹ Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

² Orientadora, Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

AGRADECIMENTOS

Nós não poderíamos começar de outra forma que não fosse agradecendo a Deus por permitir que chegássemos até aqui. Um caminho árduo, cheio de obstáculos, mas que fez com que enxergássemos ao longo de todo esse percurso onde queríamos estar.

Não podemos deixar de agradecer também a esta universidade por ser um espaço que privilegia o conhecimento e onde todas as ideias são bem recebidas, por ter nos recebido e nos direcionado a busca das múltiplas formas do saber.

Aos nossos professores, nossos colegas de aula, vida e profissão, nossa gratidão, pois, sem eles este trabalho não estaria sendo realizado. Obrigado, por terem aguentado nossos momentos de descontentamento e claro, alegrias ao longo do curso. Finalmente chegamos a um dos dias mais importantes de nossas vidas. Primeiro veio à aprovação, depois os estudos e enfim a conclusão. Momento em que iremos demonstrar a toda nossa capacidade, para aqueles que não acreditavam em nós. Aos familiares que nos apoiaram nesse momento difícil com uma mão amiga ou até mesmo uma palavra confortante, obrigado, vocês não têm ideia do quão importante foram durante nossa jornada.

Temos certeza que as noites mal dormidas, os choros, as baixas notas, o apoio dos amigos que ganhamos ao longo desses cinco anos nos fez mais fortes e a buscar mais, querer mais. Os nossos choros nesse dia serão de alívio e felicidade e que não paremos por aqui, pois, temos um mundo inteiro ainda para conhecer. E não se esqueçam: O ESTUDO É A ÚNICA COISA QUE NÃO TIRAM DE VOCÊ!

*Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do que parecia
impossível.
Charles Chaplin*

INTRODUÇÃO

No início do século XX, os brasileiros se colocavam esperançosos com a chegada de um novo século e seus benefícios, visando avanços na saúde, medicina e educação. Contudo a realidade foi outra, a peste (febre amarela, varíola, tuberculose e hanseníase) começara a aparecer nas grandes cidades brasileiras, assolando a população. Nesta época havia muitas dificuldades de acesso a saúde, pois apenas trabalhadores com celetistas e pessoas que tinham condições para custear seu tratamento conseguiam atendimento. Por fim a partir de 1930 começou a Era Vargas, onde o presidente da República Getúlio Vargas, deu um importante passo, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) visando melhorias salariais, direito a saúde aposentadorias (BONATO, 2011).

Na década de 1970 o movimento da Reforma Sanitária representou um marco importante na história por atuar na modificação do paradigma da saúde no Brasil não somente na Atenção Primária, mas também na compreensão da notabilidade nos determinantes sociais no processo saúde – doença (RAMOS, 2019).

Posteriormente, grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública elaboraram teses e integraram discussões políticas, que acarretou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, oficializada com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a saúde passa a ser direito do cidadão e dever do Estado (COTTA, *et al.* 2013).

O SUS traz consigo princípios que visam atendimento universal, integral e sem diferenciação de raça e classe social, e nada melhor para comprovar do que as Redes de Atenção, que tem o intuito de direcionar tratamento adequado a pacientes que necessitam de suporte no atendimento básico de saúde, e encaminhamentos de média e alta complexidade, com o propósito de ter uma maior eficácia com uma correta articulação tanto nos serviços de saúde, território, população a ser atendida, logística, regulação, coordenação e planejamento (PAIM, 2013).

Em 1994, o ministério da saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) que permitiu ampliar a cobertura em saúde, um modelo de atenção para todo o país, com prioridade não só na assistência médica individual, mas também nas ações de promoção e proteção da saúde. Sua operacionalização ocorreria por meio do trabalho em equipe, minimamente composta por: 01 médico; 01 enfermeiro; 01 profissional de nível médio em enfermagem (técnico ou auxiliar) e; Agentes Comunitários de Saúde – ACSs (sem estabelecer o quantitativo, por equipe). Apesar de o PSF ter sido elaborado para ser um modelo de atenção em todo o país, inicialmente poucos municípios aderiram a este, somente após a publicação da NOB/96 foi possível verificar mudanças (MOROSINI L et al. 2018).

A Atenção Básica (AB) é o primeiro contato com o sistema de saúde, que deve ser a porta de entrada do SUS, pertencendo a rede de operacionalização a atenção primária, portanto age como coordenadora de fluxos e contra fluxos de pessoas para os demais níveis do sistema, à exceção dos casos de urgência e emergência. Na maioria dos casos neste nível é possível responder de forma resolutiva as necessidades da população, por meio de execução de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e também a promoção de saúde. No entanto, por vezes a atenção primária não é resolutiva, sendo necessário outro nível da rede de atenção (REHEM; EGRY, 2011).

Todavia, a ESF tem delimitações de território e abrangência, não sendo isso algo ruim, ou que a torna incompetente, mas sim é um diferencial porque as equipes de profissionais conseguem alcançar e conhecer as famílias de forma holística, através das visitas domiciliares o que possibilita identificar com melhor destreza as situações de risco, elaborando assim uma melhor e rápida intervenção de forma direcionada, objetivando avaliar a relação entre a cobertura populacional das Estratégias de Saúde da Família e doenças por condições sensíveis à atenção primária região centro oeste na última década (CARDOSO, et al. 2013).

Em 2017, deu-se a criação da Estratégia na Saúde da Família (ESF), que chegou para potencializar a assistência prestada por profissionais da saúde, aprimorando ainda mais a busca pela qualidade de vida e melhorias a serem implementadas pelo sistema e seus governantes. Com isso, espera-se que os profissionais sejam capazes de entender o processo saúde doença de modo singular e comunitário, além de demonstrar características próprias à prestação

de serviço direcionada ao público alvo, como: Ações voltadas à promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, entre muitos outros (MANDÚ,2008).

Tal NOB/96 veio para consolidar o processo de municipalização da saúde, evidenciando a descentralização, no qual o município tornou-se o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo, e das exigências de intervenções saneadoras da sua região. Também veio com o intuito de reordenar um novo modelo de atenção à saúde e estabelecer a forma de financiamento da ABS (Atenção Básica em Saúde), notadamente do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e do PSF, por meio da criação do PAB (Piso da Atenção Básica), cujo cálculo seria de base populacional para o montante de recursos financeiros federais que seriam repassados aos municípios, tão somente para os procedimentos e ações da ABS (MOROSINI L et al. 2018).

Gradativamente o programa de saúde foi ganhando forças e sofrendo alterações, dentre este vale destacar a que ocorreu em 2006, a publicação da Portaria nº 648/2006, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21/10/2011 que dispõe sobre a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que redefiniu a ABS, incorporou os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde e ratificou a ESF enquanto estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do país. Revisada em 2011, a PNAB buscou preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde. Em agosto de 2017 foi publicada a portaria 2.436/2017, esta que modifica a ESF e o PACS. Uma das principais mudanças introduzidas pela nova PNAB refere-se ao papel da ESF, inserida na Atenção Básica como rede ordenadora do cuidado (PREUSS, 2018).

Necessário frisar também que com a nova PNAB houve modificação nas equipes constituintes, criados dois tipos de equipes: a de Saúde da Família (eSF), composta no mínimo por médico e enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal; e a de Atenção Básica (eAB), compostas minimamente por médicos e enfermeiro preferencialmente especialistas em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como

dentistas auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (MOROSINI L et al. 2018).

Mas o que tudo isso tem a ver com a desigualdade social, sendo que foi dito o quão importante são e o quão beneficiam a todos? Antes de começar a falar sobre é importante conhecer e entender esse termo: desigualdade social. Ela nada mais é do que a distância que separa as classes sociais mais ricas das mais pobres, demonstrando então as diferenças crescentes em pleno século 21, sendo um dos grandes problemas enfrentados até hoje nos países não desenvolvidos e subdesenvolvidos, onde não se encontra um equilíbrio no padrão de vida de seus habitantes, seja no âmbito econômico, escolar, profissional, de gêneros e outros (CAMPELLO, 2017).

Vendo então sua repercussão no cenário do país e do mundo, foram implementados índices a fim de mensurar tamanha desigualdade, seja ela na área da saúde quanto econômica e social. O Índice de GINI, criado em 1912, pelo matemático italiano Conrado GINI, tem sido muito utilizado para medir a concentração de renda em determinado grupo. Demonstrando então a diferença de rendimento entre pobres e ricos. Sendo configurado, com valores de 0 a 1.0 zero representa a igualdade. Quanto mais próximo dele, menor a desigualdade. Já o número um, representa alto índice de desigualdade em determinada região (MEDEIROS, 2012).

Quando direcionada a área da saúde, nota, então, sua importância na atuação direta e indireta da Atenção Básica (AB), onde se consegue realizar o acompanhamento do desenvolvimento de toda a população através do índice de GINI, que mede justamente essa desigualdade e evidência as melhorias que devem ser realizadas a fim de direcionar um desenvolvimento e conhecimento populacional. Todavia, a dificuldade de locomoção, as lacunas que ainda são encontradas e as barreiras impostas, interferem diretamente no atendimento domiciliar que é direcionado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), fazendo com que os dados demorem a ser atualizados e com isso demore também os possíveis investimentos (AICANTARA, 2005).

Diante do exposto, ainda vemos as dificuldades encontradas ao longo de todo seu desenrolar, mas as conquistas são cada vez mais notórias. A implantação de processos avaliativos vem obtendo melhor desempenho quando o assunto é valorização na atenção primária e promoção em saúde. Promoção

essa que auxilia na educação populacional além de reduzir as ações curativas. No entanto, para que se consiga realizar ações, deve se haver investimentos e melhorias na infraestrutura, para que se consiga sustentar os projetos que virão a ser planejados (MARQUES, 2007).

Desta forma torna-se pertinente acerca da referida temática, o qual visa responder os seguintes questionamentos: Qual a realidade da cobertura da Atenção Básica nas regiões do Brasil? Quais os resultados obtidos acerca do Índice de GINI nas referidas regiões? Qual a relação de ambas no contexto da atenção básica?

Desta forma o presente estudo tem como objetivos: Descrever a cobertura populacional da atenção básica nas regiões brasileiras, relacionar a cobertura encontrada com o índice de GINI.

MATÉRIAS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, que lançou mão de dados compilados em duas bases de dados do Ministério da Saúde, a citar: e-Gestor AB e DATASUS-Tabnet. Geograficamente o estudo contemplou todas as regiões brasileiras (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) e o ano elegido para estratificação e descrição foram 2010, pelo fato de não ter havido censos após este ano. Os filtros utilizados e-Gestor AB foram: “cobertura da atenção básica”; “período por unidade geográfica”; “estado”, “município” e “ano”. Já os filtros utilizados no DATASUS – Tabnet foram: “informações da saúde”; “demográfico e sócio econômico”; “trabalho e renda”; “índice de GINI de a renda domiciliar per capital”; “abrangência geográfica”.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2020 e foi procedida por duas acadêmicas do último ano de graduação de enfermagem, ao final uma enfermeira pesquisadora procedeu a revisão dos dados encontrados a fim de garantir a validade interna do constructo.

Em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, este estudo foi dispensado de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de dados secundários, sem identificação de participantes e/ou envolvimento com seres humanos.

RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados em forma de tabela, os dados coletados dos referidos sistemas no mês de outubro do ano de 2020.

Tabela 1: Desigualdade das regiões brasileiras relacionadas ao Índice de GINI. Brasil, 2010

Índice de Gini por região	2010
Região Norte	0,6086
Região Nordeste	0,6277
Região Sudeste	0,5850
Região Sul	0,5337
Região Centro-Oeste	0,6019

FONTE: Base de dados do Ministério da Saúde (DATASUS-Tabnet, 2010).

É possível observar na tabela 1, que, no ano de 2010 no Brasil, a região nordeste foi à com maior desigualdade social do país devida o coeficiente de GINI atingir o valor de 0,6277 resultados este o mais próximo de 1.0; em seguida aparece a região norte com 0,6086; posteriormente destaca-se a região centro-oeste com 0,6019; região sudeste ocupa o quarto lugar com 0,5850; e pôr fim a que se aproxima mais de zero, com menor desigualdade social, a região sul com 0,5357. É notório que nenhuma das regiões sequer está abaixo de 0,5 os que mostram que a renda está concentrada principalmente nas mãos de um só indivíduo.

TABELA 2: Cobertura da Atenção Básica em saúde nas regiões brasileiras. Brasil, 2010

COMPETÊNCIA	MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO	ESTIM.POP.COB.AB	COBERTURA AB
Dez/2010	Centro-Oeste	13.895.375	9.525.151	68.54%
Dez/2010	Norte	15.385.707	9.641.149	62.66%
Dez/2010	Sul	27.719.118	18.671.300	67.35%
Dez/2010	Sudeste	80.915.332	47.179.818	58.30%
Dez/2010	Nordeste	53.591.197	41.770.992	77.94%

FONTE: Base de dados do Ministério da Saúde (e-Gestor AB, 2010).

Já em relação aos resultados encontrados na figura acima no ano de 2010 no Brasil, é possível afirmar que a região com maior cobertura da AB é a região nordeste com 77,94% de assistência; em segundo lugar aparece a região centro-oeste com 68,54%; na terceira posição a região sul com a percentagem de 67,35%; em sequência a região norte com o valor de 62,66% e pôr fim a com menor cobertura a região sudeste com 58,30%.

DISCUSSÃO

Ao relacionar os resultados encontrados e descritos nas tabelas acima, pode se verificar que na região nordeste o coeficiente de GINI mostra quão necessário é a cobertura da AB, já que está é a mais desigual do país, portanto é possível afirmar que as políticas públicas estão direcionadas de modo positivo a intervir em situações problemáticas e a motivação para resolvê-las. Assim por se tratar de uma localização com mais carência, há uma grande necessidade de políticas públicas efetivas.

É importante mencionar que quando se pensa em saúde e em suas práticas surge um tópico muito relevante, seus determinantes, a lei 8.080 de 1990, afirma que a saúde possui fatores condicionantes, tais como saneamento básico, domicílio, alimentação, fonte de renda, meio ambientes, transporte, lazer e outros são estes que destinam a garantir condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990). Diante do exposto é possível inferir sobre o peso que a desigualdade social tem na forma de produzir saúde em uma população.

No estudo realizado por Albuquerque et al (2017) conclui-se que a política de saúde acompanhou de forma particular as propostas de desenvolvimento desta região, visando melhorando a integração dos serviços de saúde, a distribuição dos recursos e a ampliação do acesso as unidades assistenciais de saúde.

Na região Centro-oeste e Norte, pode se perceber a cobertura da AB é a segunda mais alta entre as regiões avaliadas. Esta é uma macrorregião com tal com ampla diversidade (GOMES; GRUBIT, 2015).

Seguindo a tendência do índice de GINI na região nordeste, o centro-oeste também é o segundo maior no país, já a cobertura da atenção básica

também está em segundo lugar o que demanda a necessidade de fortalecimento e ampliação da política da atenção básica.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente (CONASS, 2015).

Na região Sul figura como a terceira em maior índice de cobertura da AB, enquanto é menor do país em desigualdade social. Poucos estudos monitoraram as desigualdades sociais em saúde (DSS), essenciais para avaliar e subsidiar intervenções, e um número ainda menor avalia o impacto de políticas e programas na redução das desigualdades sociais em saúde.

O monitoramento das DSS é essencial para a detecção de momentos e circunstâncias de mudanças da magnitude das desigualdades podendo viabilizar a identificação de possíveis intervenções (BARROS, 2016).

Enquanto isso a região norte, também se encontra em terceiro lugar quando o assunto é o índice de cobertura da atenção básica, ficando notórias as melhorias que a AB trouxe para a população. No entanto, a desigualdade apresentada pela região é grande e próxima de um, ou seja, ainda carece de melhorias a serem implantadas pelo governo, pois problemas como: dificuldade no acolhimento, agendamento de consultas e as barreiras geográficas, impedem que as agentes comunitárias de saúde (ACs) e até mesmo a equipe multiprofissional consiga alcançar toda a população, impedindo seu desenvolvimento (BARROS, 2010).

A região Sudeste apresentou uma menor cobertura da AB, assim como menor desigualdade social. Diante destes resultados é possível afirmar que a cobertura refletiu de forma positiva na redução de internações por condições sensíveis, monitorou e programou intervenções nos agravos evitáveis ou redutíveis por meio de uma atuação mais efetiva e de maior acesso da população aos cuidados básicos em saúde, melhorou controle de doenças crônicas, a prevenção de doenças infecciosas com a criação e implementação de programas, como por exemplo, o Hiperdia. O curioso nesta região é que a cobertura da AB é a mais baixa, porém é efetiva, e com isso pode se considerar que a renda desenvolve um papel importante visto que o índice de GINI foi um

dos mais satisfatórios, automaticamente os indivíduos são menos carentes de conhecimento (RAMOS; DE SETA, 2019).

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste estudo pode se notar que a percentagem da cobertura da AB ainda é insuficiente, o que deixa muitas famílias desamparadas quanto ao acesso nos serviços de saúde. O exposto reafirma que o investimento no setor saúde está muito aquém do necessário, o gera problemas com recursos humanos, materiais e infraestrutura.

Nesse sentido, ainda vemos as dificuldades encontradas ao longo de todo seu desenrolar, sem esquecer-se dos avanços alcançados nesta trajetória. A implantação contínua das unidades nas regiões, a implementação também de processos avaliativos vem obtendo melhor desempenho quando o assunto é valorização na atenção primária e promoção em saúde. Promoção essa que auxilia na educação populacional além de reduzir as ações curativas. No entanto, para que se consiga realizar ações, deve se haver investimentos e melhorias na infraestrutura, para que se consiga sustentar os projetos que virão a ser planejados.

Outros estudos precisam ser realizados a fim de avaliar a necessidade a população do país e os impactos das desigualdades sociais no processo-saúde doença.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1055-1064, 2017.

ALCÂNTARA, C.C.S; FONSECA, F.G.C; ALBUQUERQUE A.B.B; RAMOS JÚNIOR, N.A. Riscos ocupacionais na atenção primária à saúde: susceptibilidade às doenças imunodeprimíveis dos profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará. **Rev APS**, 2005;8(2):143-150.

ALMEIDA, N.D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**[online].2013, vol.5, n.1, pp.01-09. ISSN 2177-03X.

ARONE, E.M.; CUNHA, I.C.K.O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **RevBrasEnferm**, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 721-3.

BARROS, DM, SÁ MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: **limites ao acolhimento e reflexos no SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 81-99, SETEMBRO 2018 Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil 99 serviço de emergência. **Ciênc Saúde Colet**. 2010; 15(5):2473-2482.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 17, 2017.

BARBOSA, G.C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **RevBrasEnferm**, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 123.

BETTINELLI, L.A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O mundo da saude**, São Paulo. ano 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(5):319-331.

BRASIL. (Constituição Federal de 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 1 de agost. 2020.

CAMPELLO, T.; GENTILI, P.; RODRIGUES, M.; HOEWELL, G.R. Faces da

desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saude debate**, Rio de Janeiro, V. 42, N. ESPECIAL 3, P. 54-66, NOVEMBRO 2018

CARDOSO, C.S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde.

RevPanam Salud Publica, 34(4), 2013.

CHERNICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **RevBrasEnferm**, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 564-70.

COTTA, R.M.M. de et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência& Saúde Coletiva**, 18(1):171-179, 2013.

DIAS, M.A.A. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **O Mundo da saúde**, São Paulo: 2006: abr/jun 30 (2): 340- 343.

FREIRE, M.A.B. As concepções de cuidado e a política nacional de humanização no cenário da enfermagem. **Sau. &Transf. Soc.**, ISSN 2178 7085, Florianópolis, v.6, n.3, p.88.-95, 2015.

GIOVANELLA L et al. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1475-1481, 2020.

GOMES, R.M.J.; GRUBIT, S. Considerações sobre a saúde da mulher indígena. **InFormação**, ano 19, n. 19, jan./dez. 2015.

GOULART B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):255-268, 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVANCANTI, O. F. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano e institucional e a participação política no SUS. **Interface** (Botucatu)vol.14 no.34 Botucatu jul./set. 2010 Epub 17-Set-2010.

MANDÚ, E.N.T.; GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.A.; SILVA, A.M.N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, 2008; 17(1):131- 140.

MARQUES, J.B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev Baiana Saude Publica**, 2007; 31(2):246-255.

MEDEIROS, M. Medidas de desigualdade e pobreza. Brasília, DF:EdUnB, 2012.Disponível em:https://econpolrg.files.wordpress.com/2013/05/medeiros_2012_medidas_de_desigualdade_e_pobreza.pdf. Acesso em: 1 de agost. 2020.

MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. **In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde**, São Paulo: Hucitec; 2006. p. 57-98.

Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e

conquistas. Brasília: Secretaria Executiva; **Ministério da Saúde**; 2000. 44 p.

MORAIS, T.C.; WUNSCH, D.S. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 100 - 113, jan./jun. 2013.

MOREIRA, M.A.D.M. et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3231-3242, 2015.

MOROSINI, M.V. G.; FONSECA, A.F.; LIMA L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018.

NAVARROL, L.M.; PENALL, R.S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, 12(1), 2013.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA C.S.; A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino - am Enfermagem** 2006 março-abril; 14(2):277-84.

OLIVEIRA, I.C.; CUTOLO, L.R.A. Humanização como expressão de Integralidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):502-506.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **CadSaude Publica**,2013; 29(10):1927- 1953. 2.

PREUSS, L.T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, maio/ago. 2018 ISSN 1982-0259.

RAMOS, A.L.P.; DE SETA, M.H. Atenção primária à saúde e organizações sociais. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35(4):e00089118.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4755-4766, 2011.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S.A. Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface- Comunic., Saude Educ.**,v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

ZAMPIERI, M. F. M.; Cuidado Humanizado no Pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. 437 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.