

Gabriele dos Santos Silva 11421EBI027

**A trajetória da Política Nacional de Humanização no
estado de São Paulo e seu reflexo na gestão da saúde**

Uberlândia
2019

Gabriele dos Santos Silva 11421EBI027

**A trajetória da Política Nacional de Humanização no
estado de São Paulo e seu reflexo na gestão da saúde**

Trabalho apresentado ao curso Engenharia
Biomédica na Faculdade de Engenharia Elétrica
da Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Fernando Pasquini Santos

Assinatura do Orientador

Uberlândia
2019

Agradeço a todos que participaram
dessa jornada, em especial à minha
família, professores e amigos.

RESUMO

A humanização dos serviços de saúde é um tema crescente na última década e se demonstra necessário no contexto atual do sistema público, que apresenta problemas com superlotação. A saúde pública brasileira começa desenvolvê-la nos anos 2000 e desde então tem-se aprimorado suas práticas, através de programas, de políticas e da legislação. Usando a Engenharia Biomédica como ferramenta de conhecimento para as práticas de saúde, se pretendeu compreender e verificar a aplicação da Política Nacional de Humanização no estado de São Paulo, adaptada dentro da Política Estadual de Humanização, por meio de pesquisa com usuários dos serviços de saúde pública e observação das práticas exercidas em um município do interior paulista. Os eixos da política foram relacionados aos aspectos apresentados pelo método de Pensamento Sistêmico Multimodal e as informações analisadas pelo mesmo. O método é interdisciplinar e aplicado em diversas investigações, pois contempla vários aspectos da vida humana. Assim se observou que todos os eixos aparentam ser trabalhados pelo estado, em diferentes níveis de desenvolvimento, concluindo que a Política Nacional de Humanização é de conhecimento do estado de São Paulo e necessita de melhorias em alguns pontos identificados, como o caso da Visita aberta.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, Política Estadual de Humanização, Políticas públicas, Engenharia Biomédica.

ABSTRACT

The humanization of health services has been a growing theme in the last decade and is necessary in the current context of the public system, which presents problems with overcrowding. Brazilian public health began to develop it in the 2000s and since then, its practices have been improved through programs, policies and legislation. Using Biomedical Engineering as a knowledge tool for health practices, it was intended to understand and verify the application of the National Humanization Policy in the state of São Paulo, adapted within the State Humanization Policy, through research with users of health services and practices observed in a city in the interior of São Paulo. The axes of the policy were related to the aspects presented by the Multimodal Systemic Thinking method and the information analyzed by it. The method is interdisciplinary and applied in several investigations, as it contemplates various aspects of human life. Thus, it was observed that all the axes appear to be worked by the state at different levels of development, concluding that the National Humanization Policy is known to the state of São Paulo and needs improvement in some identified points, such as in the case of open visits.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivo geral	10
1.2 Objetivos específicos	10
2. O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	11
2.1 Contexto histórico do sistema de saúde brasileiro	11
2.2 O Sistema Único de Saúde	16
2.3 Política Nacional de Humanização – PNH	20
2.4 Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1 Pensamento Sistêmico Multimodal	27
3.2 Revisão sistemática da literatura	31
3.3 Gestão no Município	32
3.4 Coleta de informações	32
3.4.1 Informações sobre o município	32
3.4.2 Pesquisa exploratória sobre a percepção do indivíduo em relação à PEH	33
3.4.3 Análise da pesquisa exploratória sobre a percepção do indivíduo em relação à PEH	34
4. RESULTADOS	37
4.1 Informações do município	37
4.2 Informações dos usuários	39
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	49
6. REFERÊNCIAS	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Número de profissionais capacitados. Fonte:: Divulgado pelo NEPH	38
Figura 2 - Número de profissionais capacitados. Fonte: Divulgado pelo NEPH.	39
Figura 3 - 1ª questão do questionário online. Fonte: autora.	40
Figura 4 - 2ª questão do questionário online. Fonte: autora.	40
Figura 5 - 3ª questão do questionário online. Fonte: autora.	41
Figura 6 - 4ª questão do questionário online. Fonte: autora.	42
Figura 7 - 5ª questão do questionário online. Fonte: autora.	42
Figura 8 - 6ª questão do questionário online. Fonte: autora.	43
Figura 9 - Respostas da 7ª questão do questionário online. Fonte: autora.	43
Figura 10 - Respostas da 8ª questão do questionário online. Fonte: autora.	44
Figura 11 - Respostas da 9ª questão do questionário online. Fonte: autora.	45
Figura 12 - Respostas da 10ª questão do questionário online. Fonte: autora.	45
Figura 13 - Respostas da 11ª questão do questionário online. Fonte: autora.	46
Figura 14 - Respostas da 12ª questão do questionário online. Fonte: autora.	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados alcançados com melhorias na área da saúde.....	18
Tabela 2 – Aspectos modais e seus significados.....	27
Tabela 3 - Aspectos modais de Dooyeweerd em comparação com os aspectos da realidade e da vida humana propostos por outros autores - Abraham Maslow (1908-1970), Edmund Husserl (1859-1938), Nicolai Hartmann (1882-1950), Mario Bunge (1919-) e Jürgen Habermas (1929-). Adaptado de Basden (2007).....	29
Tabela 4 - Relação das Diretrizes e ações	35
Tabela 5 - Relacionamento das ações de cada diretriz com os aspectos modais	36
Tabela 6 - Intersecções entre os aspectos	47

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos, dever do Estado e deve estar associada não apenas com a ausência de doenças, mas como qualidade de vida. Isso deve ser assegurado por políticas sociais e econômicas que visa reduzir o risco de doença e promover acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Em um ciclo normal de vida, as pessoas nascem, vivem e morrem. A sucessão desse ciclo de forma agradável está ligada à qualidade e as condições de vida de cada indivíduo. Existem fatores que interferem diretamente no ciclo de vida com boa saúde, podendo citar: água e esgoto, educação, habitação, ambientes de trabalho, alimentação, entre outros (BRASIL, 2011).

Humanizar significa “tornar-se humano, humanar, compadecer-se”, isto é, respeitar e valorizar a pessoa humana, sem qualquer tipo de discriminação (HUMANIZAR, 2018). A prática de humanização vem sendo atualmente uns dos principais enfoques quando se fala em serviços de saúde, tendo como alvo as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011).

Este trabalho compreende o desenvolvimento da Política Nacional de Humanização - PNH no estado de São Paulo, e para a sua realização, foi necessário a investigação bibliográfica de obras que colaboraram com o tema de estudo.

A PNH foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, sendo assim, pautada por normas e diretrizes advindas de documentos oficiais, que se fazem presente como base em todo esse projeto.

Como a perspectiva de que a humanização da saúde é um processo de reconstrução e isso implica em aprimorar práticas e processos na área da saúde, questiona-se: como se desenvolve a política de saúde no Brasil? Como surge o Sistema Único de Saúde - SUS? O que é a Política Nacional de Humanização? Como a PNH se comporta no estado de São Paulo? Qual a relação da engenharia biomédica com as políticas de humanização na saúde?

No embasamento teórico foram utilizadas como principais referências para suporte da discussão a Constituição Federal, documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, além de autores com opiniões presentes na construção da saúde brasileira como PAIM et al. (2011), PITTA (2010), VASCONCELOS (2007), DESLANDES (2004), BRAVO (2011). Foi utilizada a pesquisa exploratória de caráter qualitativo para a familiarização com os assuntos trabalhados e para a formação de conhecimento dos resultados da área.

O trabalho será estruturado em pontos que pretendem responder a tais interrogações propostas anteriormente. Apresenta-se a contextualização dos períodos históricos e do desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil, o desenvolvimento do SUS e sua ligação com a Constituição Federal de 1988, e expõe-se a Política Nacional de Humanização, a relação da PNH com o Estado de São Paulo, os desafios de implementação e o desenvolvimento da mesma neste Estado. Além de analisar informações sobre a humanização em um município do interior paulista pela metodologia de Pensamento Sistêmico Multimodal - PSMM, a qual é empregada para avaliação em diversas áreas, pois oferece uma perspectiva interdisciplinar e contempla vários aspectos da vida humana.

1.1 Objetivo geral

O presente trabalho visa analisar a Política Nacional de Humanização e a implementação da mesma no estado de São Paulo.

1.2 Objetivos específicos

- Compreender o desenvolvimento da política de saúde no Brasil
- Entender o conceito de humanização e o desenvolvimento da mesma no país
- Explanar a Política Nacional de Humanização no estado de São Paulo e produzir informações sobre sua implementação.
- Evidenciar os resultados do processo de humanização no estado de São Paulo por meio da metodologia de pensamento sistêmico multimodal (PSMM)
- Demonstrar a importância da gestão no desdobramento da humanização na saúde pública.

2. O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 Contexto histórico do sistema de saúde brasileiro

O Brasil se organiza em um sistema político federativo composto por três instâncias de governo - União, estados e municípios - consideradas pela Constituição da República de 1988 como organismos com autonomia administrativa sem dependência hierárquica. No século XX, o país passou por uma política instável, com golpes militares, governos autoritários e períodos momentâneos de democracia, com essa instabilidade, o federalismo brasileiro ainda se encontra “em construção”. Esse processo de construção é caracterizado por definição dos papéis dos três organismos de governo em cada área de política pública, nas quais a saúde está incluída (PAIM et al., 2011).

No início do século XX, a economia estava baseada na agricultura, e no seu decorrer houve um intenso impulso na industrialização. As importações de café se via prejudicada pela falta de higiene nos portos, que manchava a imagem internacional do Brasil, nesse momento, São Paulo e Rio de Janeiro era afetado pela epidemia de febre amarela, que fazia com que trabalhadores e suas famílias buscassem caridade das Santas Casas de Misericórdia (PITTA, 2010).

O Brasil era iniciado nas atividades de pesquisa e fiscalização, devido aos avanços tecnológicos e científicos, que resultaram na criação do Instituto Soroterápico Federal, dirigido por Oswaldo Cruz, que tinha como objetivo a produção de soro para combate à peste bubônica que amedrontava a capital federal. Enquanto isso, Emilio Ribas iniciava os primeiros estudos sobre a transmissão da febre amarela e o eficaz saneamento do porto de Santos em São Paulo. O Rio de Janeiro estava em quarentena compulsória dos navios, e realizava uma limpeza no centro, associado à vacinação obrigatória contra varíola, o que gera A Revolta da Vacina.

No mundo, a medicina passava pela revolução pasteuriana e pela microbiologia, fomentando as pesquisas e estudos em laboratórios que visavam o descobrimento da cura de doenças.

Nas décadas de 1920 e 1930, as políticas sociais começam a surgir no momento em que o mercado, como instância distributiva começa a ser questionado, aparecendo à necessidade de intervenção estatal. O governo brasileiro interfere nessa área, incluindo os direitos civis e sociais à posição do indivíduo no mercado de trabalho (PAIM et al., 2011).

As políticas sociais brasileiras foram configuradas no modelo de proteção social restritivo/residual e tem como marco a Constituição Federal. Essas políticas de proteção social são diferentes de assistencialismo, no sentido pejorativo de tutela, e buscam garantir a cobertura de vulnerabilidade, a redução de riscos sociais e defendem um padrão básico de vida. Entretanto, o movimento das Constituintes das políticas sociais não teve forças para romper com a desigualdade social no interior dos países latino-americanos (SPOSATI, 1997).

Em 1918, a gripe espanhola desembarca no Brasil de um navio vindo da Europa, e assola o país deixando aproximadamente 30.000 mortos, entre eles, Rodrigues Alves, quinto presidente da República, o qual não chegou a tomar posse. Nesse contexto, se intensificam os movimentos operários e do anarquismo, as primeiras greves aconteceram, a revolta tenentista e a tomada do Forte de Copacabana em 1922, evidenciam as insatisfações dos excluídos pobres e desassistidos com as relações de produção vigentes. A lei Eloi Chaves é promulgada e passa a regulamentar o direito a aposentadorias e pensões.

Getúlio Vargas, em 1930, cria, por decreto, as Caixas de Aposentadoria e pensões. Nesse contexto, nascem os Institutos de Aposentadoria por categoria Profissional - os IAPs, que garantem assistência médica e aposentadoria para os trabalhadores, com um arrecadamento percentual dos salários, investindo de modo proporcional ao desenvolvimento da economia de cada estado os recursos arrecadados, assim, estados com maior presença de empregos formais necessitavam de mais recursos para garantir a assistência aos seus associados. Como a região Sul e Sudeste teve uma industrialização mais fomentada e desenvolvida, recebia uma das maiores quantidades de recursos. Além disso, os recursos também acabaram sendo investidos no processo de industrialização brasileira. (BRASIL, 2017)

De acordo com Silva e Almeida (2011, p.3 e 4).

O primeiro, de caráter contributivo, voltava-se a assistência médica e previdenciária aos trabalhadores inseridos no mercado de produção formal, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), posteriormente transformados nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Porém, aqueles que não disponham de vínculos trabalhistas (indigentes) ficavam a mercê das ações filantrópicas realizadas pelas casas de misericórdia.

Os IAPs passam a serem geridos pelo Ministério do Trabalho, que acaba investindo em projetos de risco para o empresariado, como as ações preventivas do Serviço Especial de Saúde Pública, criado pelo acordo entre Brasil e Estado Unidos, que tinha como função garantir o saneamento básico de regiões produtora de matérias-primas, como o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce, se expandiram para regiões rurais brasileiras, construindo redes de unidades de saúde locais, com enfoque, tanto na medicina preventiva como na curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles nas escolas primárias. (PITTA, 2010).

Quando o presidente Getúlio Vargas é deposto, em 1945, os primeiros laboratórios farmacêuticos se estabelecem no Brasil, e o modelo de atenção à saúde direcionada para a atenção hospitalar com especialidades, equipamentos tecnológicos e medicamentos, concebidos com o impulso da guerra.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953 com ações de caráter universal para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Em 1956, Juscelino Kubitschek e o Brasil passam por um dos períodos de crescimento expressivo na economia. O setor da saúde, assim como outros setores, passa a ter a idéia de intervenção e planejamento tendo em vista o desenvolvimento, já que até então, o progresso acontecia pelas necessidades do mercado (PAIM et al., 2011).

A primeira proposta foi o Centro de Estudos e Desenvolvimento Econômico e Social, com apoio da Organização Pan-americana de Saúde - Cendes-Opas, que tinha como objetivo fazer o planejamento social, uma soma de planejamentos locais, assim as necessidades de saúde seriam determinadas através da intervenção do Estado e avaliadas tecnicamente a partir da taxa de mortalidade e morbidade (PITTA, 2010).

Em 1964, acontece o golpe militar, o qual marca um novo modelo econômico, novas configurações sociais e políticas que modelam um novo país. Os grandes problemas estruturais são acentuados, como por exemplo, o aumento da mortalidade infantil e os repasses de recursos da previdência para a iniciativa privada. Bravo (2006) denomina esse tipo de assistência de binômio repressão-assistência, o qual o Estado amplia a assistência de forma burocrática e moderna, como forma de regular a sociedade e legitimar o regime, ademais ajuda a acumular capital e administrar a aflição da sociedade.

O número de trabalhadores inscritos na Previdência cresce consideravelmente em 1967, pois Trabalhadores Rurais também passam a participar, gerando uma extensão dos benefícios em território nacional.

A Reforma Sanitarista surge em 1970, no contexto de luta contra a ditadura, e expressava conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Para Vasconcelos (2007), a Política de Saúde aplicada na atualidade no Brasil tem sua formação a partir da Reforma Sanitária, na década de 1970, a qual foi fundamentada pelas teorias Marxistas sobre o papel do Estado e na interpretação crítica da saúde coletiva.

Também entre 1970 e 1974, recursos do orçamento federal foram disponibilizados para reformar e construção de hospitais privados (PAIM et al., 2011). Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica para seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. As críticas ao sucateamento do país, inclusive da saúde pública, e a revolta continua sendo sobre o desvio no emprego do dinheiro público arrecadado (PITTA, 2010).

Nesse contexto, nasce o movimento popular de saúde, articulado pelos trabalhadores do setor e é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, que prestava assistência a saúde dos trabalhadores que prestavam contribuição à Previdência Social.

Os anos 70 foram caracterizados pela construção e instalação de hospitais privados, com grande capitalização de um empresariado nacional da saúde e

descredenciamento da rede hospitalar privada do então Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS.

Uma maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em *fee for service*, que é o pagamento a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados, geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentando os anseios pela reforma (PAIM et al., 2011).

Essa crise na saúde resulta em articulação política dos movimentos sociais pela saúde e do Movimento Sanitário brasileiro e para a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foi definida uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial, consolidando a saúde como direito do cidadão, isso é, acesso universal com participação no controle público das ações e serviços de saúde.

A reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público

Foram desenvolvidos Conselhos de Saúde partidários e Conferências de Saúde nos municípios, estados e nação a cada quatro anos, e aprovada a Lei Orgânica da Saúde que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS. Até antes da Constituição de 1988 - CF/88, o sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social, cerca de 30 milhões de brasileiros, era centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários e assimilado apenas com a ausência de doenças. A restauração do sistema de saúde pública brasileiro ocorreu de maneira simultânea ao processo de democratização, sendo liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil.

[...] “profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que

começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil [...]” (BRAVO, MENEZES, 2011, p.95)

2.2 O Sistema Único de Saúde

Atualmente, o sistema de saúde do Brasil é composto por uma rede complexa, uma combinação de público/privada, dividida em três subsetores: público, privado e saúde suplementar.

Os artigos 196 a 200, da CF/88, legalizam as normas do sistema de saúde brasileiro – a Universalidade (de acesso), Equidade (toda a população é igual perante a lei e deve ter seus direitos assistidos de forma isonômica), Integridade (prioritariamente as medidas preventivas), Descentralização (as ações de saúde passam a hierarquizar suas redes de atendimento, com direção única dentro de cada esfera - União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e a Participação Social (realizado através do envolvimento da participação popular nos debates sobre as políticas públicas da saúde, encaminhando ao Estado às resoluções e sugestões de melhoria sobre o sistema).

O SUS é o subsistema público, o qual foi criado após a CF/88 em 1990, e é o maior dos passos para garantir direito à saúde, promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. Sua implementação foi dificultada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, pelo subfinanciamento crônico e o caos em que se encontrava saúde pública, porém, o mesmo apresenta resultados promissores em seus mais de 30 anos de existência, conseguindo melhorar significativamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e garantir grandes investimentos em recursos humanos e tecnológicos (PAIM et al., 2011).

O SUS é constituído por atenção básica, média e alta complexidades, atenção hospitalar, serviços de urgência e emergência, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2013).

Para Paim (2009), SUS é algo distinto e especial, não se reduzindo à reunião de palavras como sistema, único, saúde. É um complexo de atividades e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, setor privado e ONGs, através de contratos e convênios (BRASIL, 2011).

Com o passar do tempo, surgem leis com o intuito de apoiar o sistema, como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, a qual estabelece a forma de promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando organizar o funcionamento da atenção básica, média e alta complexidade na saúde, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que expressa a regulação da participação social e os moldes de financiamento da saúde, nas três esferas do Governo.

Com o mesmo intuito, surgem as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, que com todas as particularidades regionais, utilizam das normas estabelecidas pela Constituição e as leis de regulamentação para ancorar suas normativas locais. Estas têm como princípios organizativos a Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular (BRASIL, 2013). Todos esses princípios pretendem promover autonomia e soberania de cada esfera do governo nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade, que deve se inserir no cotidiano do sistema, através de Conselhos ou Conferências de saúde. Os princípios também pretendem promover a organização dos serviços em áreas geográficas para que todo nível de complexidade requerida por casos de saúde seja atendido dentro de determinadas áreas (BRASIL, 2013).

Sendo um dos maiores e mais complexo sistema de saúde pública do mundo, a gestão de suas ações pode ser realizada pelos entes da Federação: União, Estados e municípios, onde cada esfera tem suas responsabilidades perante a sociedade. A União realiza a gestão federal por meio do Ministério da Saúde, o qual elabora normas, controla e organiza as políticas nacionais de saúde, porém não as executa, para isso conta com apoio de outras instâncias, como Estados, Municípios, Organizações não Governamentais - ONGs, etc. Os Estados e o Distrito Federal são responsáveis por planejar e coordenar o SUS em seu nível, respeitando a normatização federal. Possuem secretarias específicas para a gestão de saúde e aplicam recursos próprios e os repassados pela União em suas próprias políticas e

em políticas nacionais. Os Municípios, assim como os estados, realizam sua política a nível municipal, podendo estabelecer parcerias para a realização do atendimento pleno à saúde de sua população.

O sistema de saúde brasileiro, como um todo, é custeado por meio de impostos gerais, contribuições sociais, desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. Já o SUS tem como fonte os recursos do Fundo Nacional da Saúde, que são repassados para os Fundos Estaduais e Municipais. Em seus 31 anos de implementação, foram alcançados grandes feitos que podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Resultados alcançados com melhorias na área da saúde

Resultados apresentados pelo Brasil relacionados à saúde		
Nº de pessoas beneficiadas pelo SUS¹	1988 – 30 milhões	2017 – 209,3 milhões
Expectativa de vida	1988 – 69,7	2018 – 75,8
Mortalidade infantil	1940 – 146,6	2017 – 12,8
IDH⁴	1985 – 0,692	2018 – 0,759
Medicamento essenciais	1988 - 40	2011 – 400
Estabelecimento de saúde	1981 – 25.532	2017 – 129.544
Nº de médicos	1980 – 111.000	2017 – 447.000

Fonte: Adaptada de BRASIL (2011), IBGE (2017), IBGE (2018), UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (2018), VIACAVA (2018)

Analisando os dados demonstrados, é possível observar que número de pessoas beneficiadas progrediu em direção universalidade, isso é, gratuito e acessível a grande parte da população, garantindo os princípios da CF/88, que diz que a Saúde é um direito de todos.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil para ambos os sexos que era de menos de 70 anos nos anos 1988 passou para 75,8 anos em 2018, um aumento de 8.75%. Historicamente, expectativa de vida, junto com a mortalidade, sempre foi utilizada para se estabelecer políticas sanitárias. O seu aumento reflete o bom desenvolvimento do sistema de saúde vigente. A mortalidade infantil diminuiu vigorosamente, 91.27%, demonstrando a efetividades de programas como a criação de Núcleos de Apoio a Saúde da Família, políticas de saúde para as crianças e atenção ao pré natal. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro, que busca mensurar as realizações médias do país por meio de uma grandeza que permita quantificar o acesso a uma vida prolongada e saudável, à educação e aos recursos necessários para uma vida decente, está na posição 79º no ranking mundial (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2018).

O medicamento é parte da assistência para uma efetiva conclusão do tratamento, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais assegura o acesso e o uso racional de medicamentos, o que resulta em uma maior despesa pública, um maior acesso a medicamentos e uma política bem-sucedida de medicamentos genéricos, porém o acesso universal a produtos farmacêuticos ainda não foi alcançado (BRASIL, 2011).

O sistema de prestação de serviços de saúde no Brasil é uma combinação público/privado e isso se manteve nesses últimos 30 anos. No aumento de estabelecimentos, o mais marcante foram os números de Clínicas e UBS, sendo as primeiras mais relevantes no setor privado e a segunda no setor público. O aumento nesse tipo de organização ajudou a expandir a atenção básica e a rede de urgência e emergência (VIACAVA et al., 2018).

O aumento no número de médicos também é expressivo e é resultado não apenas de melhoras na saúde como também na educação (VIACAVA et al., 2018). A razão de médicos por mil habitantes também aumentou notadamente. Em 1980, a razão era inferior a um médico por mil habitantes (0,94), atingindo em 2017, 2,15 médicos por mil habitantes (VIACAVA et al., 2018).

2.3 Política Nacional de Humanização – PNH

A Política Nacional de Humanização nasce ao se observar às deficiências do serviço de saúde e a necessidade de humanização, como ressalta Alves, Mito e Gerber (2007)

[...] “a valorização da dimensão humana e subjetiva tornou-se a tônica da proposta, tendo como objetivo o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si e melhoria da imagem dos hospitais na comunidade” [...]

No início dos anos 2000, surge o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH), pautado na comunicação entre os usuários, profissional e gestores.

O PNHAH usa como argumento inicial os problemas identificados no relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários, constatado por uma pesquisa do Ministério da Saúde. DESLANDES (2004) afirma o número significativo de denúncias, feitas principalmente pela população usuária, fortalece o imaginário social e a opinião pública sobre a desqualificação dos serviços públicos de saúde

O programa tinha como objetivo mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do país por meio de uma soma de ações integradas baseadas em suas diretrizes, com o foco em fortalecimento da cultura de participação, cooperação e corresponsabilidade, considerando as singularidades de cada região.

As ações foram desenvolvidas em oito Regiões Sede e distribuídas em todo o Brasil com o apoio do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e algumas Secretarias Municipais e hospitais capacitados. Ao final da implementação, o enfoque foi a elaboração conjunta de diagnósticos situacionais das atividades desenvolvidas e fomento a elaboração de propostas de humanização estaduais. Deste modo, se garantiu a expressão de riquezas e diversidades de métodos e conteúdo de cada região na construção coletiva de instrumentos e recursos para a multiplicação e descentralização das práticas de humanização nacional.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização vem com a proposta inicial de se criar um modelo eficiente para o sistema público de saúde que revisse os princípios de acesso universal e integral a população. Segundo ALVES, MIOTO E GERBER (2007), o documento base da PNH demarca a necessidade de traduzir os princípios do SUS em “modos de operar”, a produção de saúde como produção de

sujeito, os aspectos do indivíduo como eixo articulador das práticas e a disseminação de ações humanizadoras pela rede assistencial. Foi preparado para os gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde e assimila o despreparo dos trabalhadores para lidar com os aspectos subjetivos da intervenção em saúde e a gestão verticalizada e centralizada como fator de “desapropriação” do trabalhador de seu processo de trabalho são elementos centrais que justificam a condução da humanização como política, não mais como programa.

A Política Nacional de Humanização busca alinhar as práticas e serviço de saúde com os princípios do SUS e está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Desde o seu lançamento, ela estimula a articulação entre todos os responsáveis, gestores e trabalhadores, e usuários, para construir processos coletivos de cuidados na saúde, buscando impedir a divergências de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Essa articulação é o impulso para promover mudanças nos serviços de saúde por meio da inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado. As ações de humanização bem-sucedidas realizadas no SUS são compartilhadas e aplicadas como referências em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Para Passos e Pasches (2010), qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde é uma tarefa desafiadora, já que envolve a perspectiva de humanização e necessita de novas atitudes por parte dos trabalhadores, usuários e gestores, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde e superar problemas e desafios do cotidiano do trabalho.

A Política Nacional de Humanização estrutura-se em Método, Princípios, Diretrizes e Dispositivos.

O *Método* da PNH é a comunicação entre os três atores do SUS, trabalhadores, usuários e gestores, na produção e gestão do cuidado e dos processos. Equipes regionais de apoiadores se articulam com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de maneira compartilhada nascem planos de ações para promover inovações nos modos de fazer saúde.

A Rede HumanizaSUS, é uma rede social que interliga pessoas interessadas ou envolvidas no processo de humanização da gestão e no cuidado no SUS, e a mesma foi responsável pela divulgação e explicação dos *princípios* e *diretrizes* (Brasil, 2010).

Os *princípios* da Política Nacional de Humanização são:

- Transversalidade, a qual requer a inserção da PNH em todas as políticas do SUS, buscando comunicação entre pessoas e grupos, tirando as relações do poder de hierarquização reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido
- Indissociabilidade entre atenção e gestão busca dar informações de funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde para usuários e trabalhadores para que os mesmo participem do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva e ao mesmo tempo conhecimento sobre os cuidados e assistências em saúde para que as responsabilidades se dividam entre a equipe de saúde e o usuário, que assume assim o papel de protagonista.
- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, o qual é o reconhecimento de cada pessoa como indivíduo de direito e a valorização e o incentivo do mesmo na produção de saúde

Diretrizes são as instruções que norteiam as ações, com o intuito de construir memórias exitosas e consolidadas do SUS. As da PNH são:

- Acolhimento: o acolhimento deve estar presente na relação equipes/serviços e usuários/populações para construir um elo de confiança e compromisso. O processo de escuta qualificada para a identificação dos pacientes que necessitam de atendimento prioritário e mais rápido, em razão de risco ou vulnerabilidade é umas das principais ações do acolhimento.
- Gestão Participativa e Congestão: apresenta tanto a inclusão de novos indivíduos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão surgidas das análises dos contextos, da política em geral e da saúde.

- **Ambiência:** tem como objetivo originar espaços agradáveis e saudáveis que tenha privacidade e proporcionam encontros e mudanças no processo de trabalho.
- **Clínica ampliada e compartilhada:** se refere a uma ferramenta teórica e prática que permite um enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde por meio de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.
- **Valorização do trabalhador:** reconhecer a experiências do trabalhador e incluí-los no processo de tomada de decisão
- **Defesa dos direitos do usuário:** o incentivo por meio dos serviços de saúde do conhecimento dos direitos garantidos aos usuários por lei e a garantia de que eles sejam cumpridos em todas as fases do atendimento

Como canal de comunicação, divulgação e produção existe a Rede HumanizaSUS, que é um portal colaborativo para gestores e trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e profissionais de diferentes áreas que querem conhecer e ampliar o tema de humanização. Abrindo espaço para o protagonismo de seus participantes e consolidando a história da PNH.

Após essa explanação sucinta do desenho da PNH em sua concepção, o item a seguir busca abordar como surge a Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo e como reflete nos dias atuais nas práticas.

2.4 Política Nacional de Humanização no Estado de São Paulo

Políticas voltadas para a Humanização começam a ser fomentadas no Estado de São Paulo a partir do ano 2000, com a aderência na PNHAH, a qual tinha como objetivo sensibilizar profissionais dos diversos setores dos hospitais para o tema da humanização, fortalecer as iniciativas já existentes e promover discussões sobre a complexidade das múltiplas dimensões e atores envolvidos na questão da humanização.

A PNHAH, que teve duração de três anos, no seu início foi se expandindo da capital para municípios por meio da Secretaria Estadual de Saúde e de algumas Secretarias Municipais, com a intenção de se aprofundar no contexto analítico dos

hospitais participantes, ampliar e desenvolver as ações, capacitar novos hospitais e intensificar a participação do representante da Secretaria Estadual da Saúde para formação de Grupos de Trabalho Humanização. Em seu último ano, apresentava uma estrutura mais sólida, com participação de diversos níveis de responsabilidade, desde os Técnicos do Ministério da Saúde à Direções Regionais, atuação em diversos hospitais (estaduais, municipais e de ensino) e com grandes objetivos, como por exemplo, promover discussões sobre planejamento de projetos institucionais, municipais e projeto estadual de humanização; aprofundar as discussões teóricas e do trabalho de integração das ações existentes; ampliar os espaços de interlocução entre profissionais e usuários e aumentar a criação de GTH em Secretarias Municipais de Saúde e Hospitais (BRASIL, 2012).

A partir de 2003, ano de criação e início da implementação da PNH nos estados da federação, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo dá início a um novo caminho de trabalho em Humanização, o qual perpassa quatro etapas interdependentes:

1. Sensibilização de gestores e trabalhadores para questões de humanização - Praticada por meio de encontros, seminários, colóquios temáticos em hospitais e municípios e a realização anual de encontros para a apresentação de trabalhos exitosos em humanização, rodas de conversa e conferência.
2. Aproximação com as diretrizes e dispositivos da PNH - Execução de oficinas para trabalhadores de saúde de hospitais com as temáticas de Acolhimento com Classificação de Risco, Visita Aberta e Direito a Acompanhante, ressoando em dispositivos como Cogestão, Clínica Ampliada e Processos de Trabalho.
3. Rede de Apoiadores da Política de Humanização - Com a ajuda do Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo foi oferecido um curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização, com o objetivo de aumentar o número de trabalhadores afins dos princípios de humanização.
4. Capilarização e Regionalização da Humanização - Nessa etapa os Departamentos Regionais de Saúde, municípios, hospitais, ambulatórios e rede básica se envolveram na constituição do Coletivo Ampliado de Humanização, com o intuito de propor estratégias de continuidade da política,

debater temas e experimentações na área e unificar o sentido da política no estado.

Toda essa movimentação resulta na elaboração da Política de Estadual de Humanização - PEH em 2011, que nasce a partir da formulação de Planos de Trabalhos quadrienais integrados ao Plano Estadual de Saúde, que consistem em definir ações e estratégias, levando em consideração os objetivos priorizados, as diretrizes gerais da PNH e os eixos de ação da PEH, além da análise dos resultados alcançados nos períodos anteriores.

Nesse primeiro período, 2011 a 2014, a PEH teve como objetivo específico estimular a integração, cultura do diálogo e cooperação entre as unidades, no âmbito regional e nos vários níveis da rede; estimular a criação, fortalecimento e integração de práticas de gestão e atenção humanizadas na saúde, considerando diretrizes e dispositivos da PNH; fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como fator crítico para o aprimoramento das condições de trabalho e como forma de participação e controle social; qualificar e apoiar gestores e profissionais com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios; e contribuir para a multiplicação do conceito e da prática de humanização, oferecendo oportunidades de reconhecimento, publicação e disseminação das ações.

Já para o quadriênio seguinte, 2015 a 2018, depois de uma análise dos resultados alcançados no quadriênio anterior na implementação da PEH nas regiões e unidades de saúde, dos resultados alcançados com a formação dos coletivos de humanização, e da formulação e implementação dos Planos de Intervenção em Humanização, foram definidos quatro eixos temáticos orientadores, que estão representados abaixo, com o objetivo de facilitar a organização do trabalho por grandes temas e promover a integração dos principais movimentos e ações de Humanização em sua complexidade, no entanto, sem desconsiderar a interconexão e interdependência entre eles (SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018).

Eixo I - Redes de atenção à saúde: tem como objetivo fortalecer a comunicação e desenvolver tecnologias relacionais para conceituar os encontros, conexões e trocas no conjunto de serviços do sistema de saúde. Utilizando como

estratégia a integração e apoio à Rede de Atenção básica, Articulação à Rede Externa no âmbito regional e articulação as Redes temáticas

Eixo II - Produção do Cuidado: busca ampliar a resolutividade do atendimento, agilizar e ter qualidade no acesso, no fluxo e na permanência do usuário nos serviços, por meio de um método assistencial orientado pela subjetividade, integralidade na assistência e valorização dos processos de trabalho. Implementando estratégias como: acolhimento com classificação de risco, visita ampliada, direito ao acompanhante, mecanismo de desospitalização, ambiência e privacidade.

Eixo III - Valorização do trabalhador e gestão participativa: se pretende instaurar um modelo de gestão onde trabalhadores, gestores e usuários compartilhem as responsabilidades na promoção da assistência à saúde, além da participação efetiva dos trabalhadores na avaliação e revisão dos processos de trabalho. Ações para gestão compartilhada podem ser: grupos de trabalhos, mesas de negociação permanente e conselhos locais. Já para a valorização do trabalhador pode se realizar trabalho em equipe multifuncional, mecanismo de democratização dos processos decisórios, Programa de formação e saúde do trabalhador.

Eixo IV - Participação do usuário: um modelo de gestão onde há a participação e responsabilidade efetiva do usuário, gestores e trabalhadores na promoção de uma assistência à saúde efetiva, solidária e acolhedora. Como estratégia se busca utilizar mecanismos de participação da comunidade, ouvidoria e pesquisa de satisfação.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta seção apresenta e explica o método utilizado para coletar e analisar as informações referentes a aplicação da PNH no estado de São Paulo.

Fracionada em cinco partes, a princípio se expõe e relata o PSMM, em seguida é ressaltada a revisão da literatura e nos tópicos posteriores se demonstra como foram realizadas as pesquisas e entrevista no município paulista.

3.1 Pensamento Sistêmico Multimodal

O filósofo holandês Herman Dooyeweerd (1894 - 1977) é conhecido pela sua reflexão sobre a diversidade da experiência, tendo-a separado em quinze categorias que ele chama de “aspectos modais”, também chamados de “modalidades”. Os quinze aspectos modais são dispostos em uma ordem específica: quantitativo, espacial, cinemático, físico, biótico, sensitivo, analítico, formativo, linguístico, social, econômico, estético, jurídico, ético e pístico. Os aspectos ou modalidades são definidos como instância de significados que têm um modo de se expressar, com diferentes formas de racionalidade e funcionamento, e tipos básicos de propriedade e relacionamento, diferentes maneiras de analisar, são irreduzíveis entre si e estão inter relacionados sem nenhum caráter absoluto, ou seja, nenhum tem primazia sobre outro ou controla absolutamente o outro (BASDEN, 2018).

A Tabela 2, busca esclarecer o significado de cada aspecto modal e como ele pode ser identificado quando aplicado, por meio de sugestão de palavras.

Tabela 2 – Aspectos modais e seus significados

(continua)

Aspecto	Significado	Experimentado como
Aspectos matemáticos		
Quantitativo	Quantidade/Enumeração	Mais, menos, vários
Espacial	Extensão Contínua	Aqui ou ali, dentro ou fora, dimensões físicas
Cinemático	Movimento/Mudança	variabilidade, dinamicidade
Aspectos pré-humanos		
Físico	Energia	matéria, forças
Biótico	Unidade vital	nascimento, crescimento

Tabela 2 – Aspectos modais e seus significados

(conclusão)

Aspecto	Significado	Experimentado como
Psíquico	Sentimento	sensação, instinto, percepção
<i>Aspectos do indivíduo humano</i>		
Analítico	Distinção	caracterizar, esclarecer, diferenciar
Formativo	Poder de invenção	fazer, planejar, inovar
Lingual	Significado simbólico	expressar, registrar, ler
<i>Aspectos sociais</i>		
Social	Relações sociais	associação, relacionamento, concordância
Econômico	Frugalidade	gerenciamento de recursos limitados, sustentabilidade
Estético	Harmonia	integração, orquestração, lazer e beleza
Jurídico	O que se deve a alguém	justiça, responsabilidade
Ético	Amor que se doa	atitude de generosidade, além da justiça (sacrifício)
Pístico	Fé	confiança, crença, esperança

Fonte: adaptada de BASDEN (2018)

As modalidades constituem um ponto de partida para o pensamento interdisciplinar e, aplicados à área da saúde, fornecem uma ferramenta para a consideração simultânea de vários aspectos da vida humana. Basden (2007, p. 66), por exemplo, observa que as modalidades são uma forma mais completa de considerar os aspectos da vida humana, em comparação com as propostas de outros autores mais antigos. A Tabela 3 demonstra esse comparativo.

Tabela 3 - Aspectos modais de Dooyeweerd em comparação com os aspectos da realidade e da vida humana propostos por outros autores - Abraham Maslow (1908-1970), Edmund Husserl (1859-1938), Nicolai Hartmann (1882-1950), Mario Bunge (1919-) e Jürgen Habermas (1929-). Adaptado de Basden (2007).

Dooyeweerd	Maslow	Husserl	Hartmann	Bunge	Habermas
Quantitativo					
Espacial					
Cinemático					
Físico		Material	Inorgânico	Físico-químico	
Biótico	Biológico	Material	Orgânico	Biológico	
Psíquico	Senso de segurança	Psicológico	Psíquico		
Analítico					
Formativo			Histórico	Técnico	Instrumental
Linguístico	Expressão				Comunicativo
Social	Afiliação, estima	Social	Supra-individual	Social	Estratégico
Jurídico					Regulação normativa
Ético					
Pístico	Transcendência e autorrealização				
Econômico					
Estético	Estético				Dramatúrgico

Fonte: Adaptada de BASDEN (2018)

Recentemente diversos autores, como STRIJOS & BASDEN (2006) e VERKERK ET AL. (2015), têm empregado as modalidades de Dooyeweerd na área de avaliação de tecnologias. Na obra de STRIJOS & BASDEN (2006), os autores buscam conceber algumas diretrizes básicas para pesquisa e aplicação dessas ideias no desenvolvimento de tecnologias por meio da integração em abordagem de pensamento sistêmico como o *Soft Systems Methodology* de Peter Checkland e o *Critical Systems Thinking* de Robert L. Flood, e representam um passo importante nessa escola de pensamento.

Anos depois, VERKERK (2014) também buscou agrupar todas as ferramentas conceituais de Dooyeweerd no que ele chama de *Modelo Triplo I* para o desenvolvimento tecnológico, que se baseia na análise de uma tecnologia como uma prática social que possui três componentes: (1) identidade e valores intrínsecos do sistema, (2) inclusão de stakeholders e (3) ideais, sonhos e valores envolvidos.

Usando a título de exemplo autores como Andrew Basden (BASDEN, 2007), que utiliza a análise multiaspectual para entender e projetar sistemas de informação, JONEIDY & BURKE (2018), o qual utiliza a análise no uso de prontuários eletrônicos de pacientes e RIBEIRO ET AL. (2012) que emprega para o projeto de *smart grids* em distribuição de energia elétrica. G. KHOJAH ET AL. (2018) aplica regras de qualidade para orientar o desenvolvimento e a coleta de um conjunto de ferramentas sistemáticas para planejar, monitorar e inspecionar a qualidade nas práticas de cuidados de saúde.

O casal de pesquisadores Donald R. e Veronica de Raadt também empregam estes aspectos para propor uma extensão da metodologia de pensamento sistêmico (*systems thinking*) em uma nova metodologia intitulada Pensamento Sistêmico Multi-modal (PSMM, ou, no inglês, *Multi-modal Systems Thinking*, MMST), em sua obra *From Multi-Modal Systems Thinking to Community Development*. Os autores fazem parte do *Melbourne Centre for Community Development* e propõem a utilização do PSMM para analisar e orientar o desenvolvimento de comunidades locais na Austrália e Suécia. Eles realizam coleta de informações por meio de entrevistas com moradores e painéis e, então, agrupam-nos em um software chamado SmCube, utilizado para identificar os aspectos da comunidade e modelar as interações entre os sistemas sociais, ajudando a identificar os principais fatores que ameaçam as comunidades, coletar informações sobre esses fatores e organizá-los (RAADT; RAADT, 2014).

Com essa variedade de aplicações do método, todas com sucesso e aprovada pela literatura, vislumbra-se a possibilidade de utilizar o PSMM para acompanhar o desenvolvimento das PNH no Estado de São Paulo, tendo em vista uma abordagem interdisciplinar e que visa contemplar todos os aspectos da vida humana, chegando-se, assim, a uma maior humanização. Utiliza-se as modalidades para elucidar e analisar os diferentes aspectos do processo de humanização de

saúde no estado de São Paulo, de forma a notar se algum dos aspectos está em falta ou mal implementado e, assim, obter uma visão mais completa do processo.

3.2 Revisão sistemática da literatura

A revisão sistemática da literatura é um método científico de busca e análise de artigos sobre determinadas áreas, a mesma possui caráter exploratório, que permite maior familiarização com o problema e aprimoramento de ideias, além de ajudar a definir uma linha limítrofe para a pesquisa que se deseja desenvolver.

O método utilizado para a realização do presente trabalho se dá através da revisão da literatura efetuada em base de dados eletrônicas, sendo elas Google Acadêmico e Scielo, além de materiais fornecidos pelos sites oficiais do governo e cartilhas publicadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Nas buscas, em língua portuguesa, foram considerados os seguintes descritores: “SUS”, “Política de saúde brasileira”, “história da saúde brasileira”, “humanização em saúde”, “HumanizaSUS”, “Política Nacional de Humanização”, “Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar”.

Através deste procedimento de busca, foram identificadas, inicialmente, 46 publicações potencialmente elegíveis para inclusão nesta revisão. Em seguida, identificaram-se os artigos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (a) sobre o SUS e Humanização foram elegíveis publicações a partir de 2007, sendo eles, artigos, sites oficiais e cartilhas do Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde de São Paulo; (b) para a base, preferencialmente documentos oficiais do governo; (c) para a história, grandes historiadores do assunto, com base na qualidade/quantidade de informações.

Achou-se importante utilizar como base sobre o conhecimento da PNH e da PEH, as definições advindas do governo, que sendo o criador das políticas têm propriedade sobre o assunto.

Pretendeu-se obter dados sobre a efetivação do SUS e de políticas de humanização por meio de artigos de revisão ou artigos de análise dos anos anteriores.

A história da saúde brasileira foi contada através da opinião de sociólogos e historiadores citados nos documentos oficiais e com ampla atuação.

3.3 Gestão no Município

Como exemplo de aplicação da PEH do Estado de São Paulo, foi observado um município pequeno, localizado no interior paulista, com aproximadamente 100.000 habitantes e um PIB per capita de em torno de R\$ 29.000,00.

Contando com 38 unidades do SUS, a cidade tem a taxa de mortalidade infantil média de 8.61 para 1.000 nascidos vivos e internações devido a diarreias são de 0.4 para cada 1.000 (IBGE, 2019).

As unidades de saúde são administradas em sua maioria por uma empresa terceirizada, Organização Social de Saúde - OSS, e três unidades são administradas pelo Núcleo de Educação Permanente e Humanização - NEPH.

A Santa Casa e o Ambulatório Médico de Especialidades - AME, possuem Planos Institucionais de Humanização, os quais seguem a PEH.

3.4 Coleta de informações

A coleta de informações foi realizada por meio de pesquisa exploratória, para conhecer o funcionamento e integração entre as unidades de saúde da cidade, em seguida foi aplicado um questionário online disponibilizados através do *WhatsApp*, sobre os aspectos da PEH sob a percepção dos usuários, e outras informações foram adquiridas pelo site do IBGE e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, além de divulgações pela própria prefeitura.

3.4.1 Informações sobre o município

A busca de informações sobre o município se baseou em como era realizada a gestão do processo de humanização da rede de saúde pública tendo como apoio os itens de cada eixo temático orientador.

- Redes de atenção à saúde
 - Apoio integrado institucional
 - Articulações setoriais, regionais, federativas.
- Produção do cuidado

- Qualificação dos espaços de discussão dos processos de trabalho
- Apoio na implementação da Política de Humanização Institucional nas Unidades de Saúde
- Apoio e acompanhamento dos Indicadores de Humanização
- Desenvolvimento de projetos
- Valorização do trabalhador e gestão participativa
 - Apoio a implementação de processos de gestão participativa
 - Incentivo a formação de trabalhadores
 - Estímulo a ações de qualidade de vida no trabalho
- Participação do usuário
 - Qualificação e ampliação da Pesquisa de Satisfação dos Usuários
 - Integração a ouvidoria SES/SP
 - Integração a Grupo de Trabalho Técnico do Conselho Estadual de Saúde

3.4.2 Pesquisa exploratória sobre a percepção do indivíduo em relação à PEH

Foi aplicada entre os dias 3 e 7 de junho, o questionário online “Avaliando aspectos da Política Estadual de Humanização em um município do Estado de São Paulo”, elaborado no Google Forms.

Elaborou-se afirmações referentes aos aspectos e escala para medição do grau de satisfação, que servem para mensurar as respostas obtidas, atribuindo pesos para cada item. A escala é baseada no modelo de Likert, o qual aborda a satisfação de modo indireto pela concordância ou discordância sobre o serviço/profissional de saúde (LIKERT, 1932).

Para ASPINAL (2013), os métodos quantitativos, *surveys* ou inquéritos, são os mais utilizados, e incluem a aplicação de questionários com questões fechadas associadas a uma escala de valores, para mensurar a resposta e quantificar a satisfação.

A pesquisa tem como propósito demonstrar a percepção da população usuária do serviço sobre as ações trabalhadas pelos eixos proposto pelo governo no município e o quanto isso afeta e melhora o serviço em uma cidade no Estado de São Paulo.

As perguntas, em sua maioria, são afirmativas e o sujeito pode aplicar notas de 0 a 5, sendo zero a discordância total com a afirmação e 5 a concordância plenamente.

A resposta de cada item, em sua maioria, não é de caráter obrigatório, para que o entrevistado avalie a sua experiência em relação a aquele serviço antes de responder.

A lista das perguntas do questionário segue abaixo:

- Você é morador/a do Estado de São Paulo?
- Me sinto escutado/compreendido quando busco atendimento médico
- Nos atendimentos emergenciais que frequento, as pessoas são atendidas com base na gravidade/risco de cada caso.
- Sempre que preciso de acompanhante em consultas, exames ou internação, posso estar acompanhada/o.
- Em caso de internação, as visitas aconteciam fora de horários rígidos, em locais agradáveis e com suporte ao visitante.
- Quando estou em consulta/tratamento, sei e sinto que há a participação de um corpo clínico, além do meu médico, em busca da análise da minha situação.
- Quando deixo uma consulta, exame ou internação me sinto preparado para realizar meus cuidados em casa.
- Possuo conhecimento sobre os meus direitos como usuário do SUS.
- Me sinto confortável, acolhido e preservado nos espaços hospitalares .
- Durante meu atendimento, os profissionais de saúde aparentam estar motivados e capacitados para desempenhar sua função.
- Você participa ou já participou de algum grupo de saúde? Ex: conselhos, mesas de conversa, grupos de apoio a diabéticos, gestantes, entre outros.
- Você já participou de alguma pesquisa de satisfação sobre serviços de saúde ou registrou alguma ocorrência na ouvidoria?

3.4.3 Análise da pesquisa exploratória sobre a percepção do indivíduo em relação à PEH

Analisando as Diretrizes da PNH (Acolhimento, Gestão participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica ampliada e compartilhada, Valorização do trabalhador

e Defesa dos direitos do usuário) e os Eixos da PEH, proposto para o último quadriênio, (Redes de atenção à saúde, Produção do cuidado, Gestão participativa e Participação do usuário), buscou-se relacionar com os aspectos proposto pelo método de análise multimodal de sistemas.

Já que os Eixos foram propostos com base das Diretrizes da PNH e as necessidades do Estado de São Paulo, foi possível correlacionar às ações das duas estâncias, pois as propostas dos Eixos são totalmente compatíveis com a da PNH que tem abrangência nacional e está presente no Estado de São Paulo.

A tabela a seguir busca explicar as ações pretendidas por cada Diretriz/Eixos:

Tabela 4 - Relação das Diretrizes e ações

Diretrizes/Eixos	Ações
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta qualificada • O dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; • Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco
Gestão participativa e Cogestão	<ul style="list-style-type: none"> • Direito a acompanhante em exame, consulta e internação • Visita aberta • Grupos com participação dos usuários
Clínica ampliada e compartilhada	<ul style="list-style-type: none"> • Análise integral da saúde do indivíduo • Mecanismo de desospitalização
Valorização do trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação do trabalhador da saúde
Defesa dos direitos do usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de satisfação • Conhecimento sobre os direitos do usuário
Ambiência	<ul style="list-style-type: none"> • Confortabilidade do espaço físico

Fonte: Adaptada de BRASIL (2010)

A tabela 5 seguir relaciona as ações, divididas por Diretrizes, com alguns dos quinze aspectos proposto pelo pensamento sistêmico multimodal (PSMM). É importante notar que cada diretriz se pauta em um aspecto que é *qualificado* pelo aspecto da ação que o integra; por exemplo, a escuta qualificada envolve um aspecto psíquico ou sensitivo que é um caso especial do aspecto ético; ou seja, o

ato de se doar e demonstrar amor ao ouvir as necessidades e problemas do paciente (o aspecto ético, aqui, tem um sentido mais específico do que o normalmente utilizado; vide Tabela 3).

Tabela 5 - Relacionamento das ações de cada diretriz com os aspectos modais

Diretriz	Aspecto origem	Ação	Aspecto Qualificador
Acolhimento	Ético	Escuta qualificada	Psíquico (sensitivo)
		Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco	Analítico (diferenciação)
		Dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde;	Social, econômico
Gestão participativa e Cogestão	Social	Direito a acompanhante em exame, consulta e internação	Ético (presença de família e amigos)
		Visita aberta	Ético (presença de família e amigos)
		Grupos com participação dos usuários	Linguístico (expressão)
Clínica ampliada	Social	Análise integral da saúde do indivíduo	Biótico, psíquico
		Mecanismo de desospitalização	Espacial, formativo
Valorização do trabalhador	Formativo	Satisfação do trabalhador da saúde	Psíquico
Defesa dos direitos do usuário	Jurídico	Pesquisa de satisfação	Linguístico
		Conhecimento sobre os direitos do usuário	Formativo
Ambiência	Espacial	Confortabilidade do espaço físico	Estético

Fonte: a própria autora, 2019

4. RESULTADOS

4.1 Informações do município

O NEPH é uma proposta de centro integrado de humanização da Secretaria Estadual de São Paulo, um espaço coletivo de reunião de competências técnicas em Educação Permanente em saúde, para desenvolver, qualificar e formar trabalhadores do SUS. É considerado um setor estratégico no sentido de qualificar a discussão da educação permanente, humanização e gestão para uma melhor acareação dos problemas de caráter diversos, onde o trabalho é revalorizado e orientado para melhoria constante em qualidade, na equidade no cuidado e no acesso aos serviços (BRASIL, 2012).

O grupo do NEPH do município observado atua no apoio integrado institucional e nas articulações setoriais. Ele trabalha junto com os gestores das Unidades de Saúde através de reuniões mensais, onde é avaliado o desenvolvimento de cada unidade, como estão os seus indicadores e a opinião emitida pelos usuários e servidores. Com base nesses fatores são formulados planos de ação e capacitações, com ações focadas por quadrimestres.

Além das Unidades de Saúde, participam também outros Núcleos, como por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, o qual é um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde que trabalha a clínica ampliada, formado por uma equipe multiprofissional (fonoaudiólogas, farmacêuticas, fisioterapeutas, psicólogas, terapia ocupacional), que trabalha no setor sul da cidade, com a função de promover assistência técnica-pedagógica às equipes de estratégia da saúde da família, para ampliar a abrangência das ações da atenção básica.

Suas ações ocorrem a partir das demandas identificadas pela a equipe do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde e também por proposições de consultas compartilhadas, de trabalhos em grupos, visando à qualidade de vida da população.

Em toda unidade está presente a pesquisa de satisfação, uma caixa disponível com papéis onde os usuários podem expressar suas dúvidas, sugestões, reclamações, e falar sobre o serviço prestado. A implementação é recente nas unidades administradas pelo NEPH, porém nas administradas pela terceirizada OSS

isso já acontecia. O intuito é padronizar essa pesquisa entre todas as unidades nos próximos meses.

O acompanhamento dos Indicadores de Humanização e também de outros é feito pelo governo através do que alimentado pelo município nos sistemas nacionais e estaduais.

O NEPH tem parceria com as universidades do município, para geração de capacitação, desenvolvimento dos estudantes e produção de conhecimento.

Os gráficos a seguir, foram fornecidos pelo NEPH para demonstração de como é feito o acompanhamento.

Além de informações de quantidades, o NEPH gera lista de presença, gastos, satisfação com as capacitações, entre outros dados.

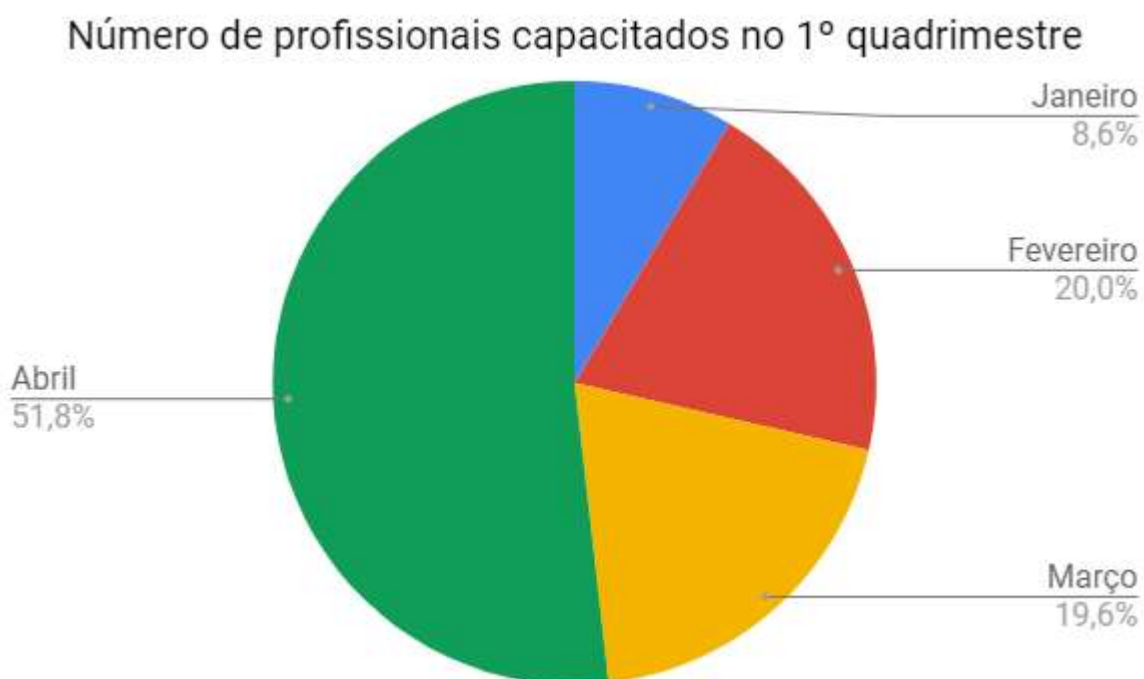


Figura 1 - Número de profissionais capacitados. Fonte:: Divulgado pelo NEPH

O número total de funcionários do SUS capacitados no 1º quadrimestre de 2019 foi de 560, tendo sua maior quantidade de capacitados no mês de abril.

O número é muito significativo, pois fazendo a média entre as unidades, daria o comparecimento de 14 funcionários.

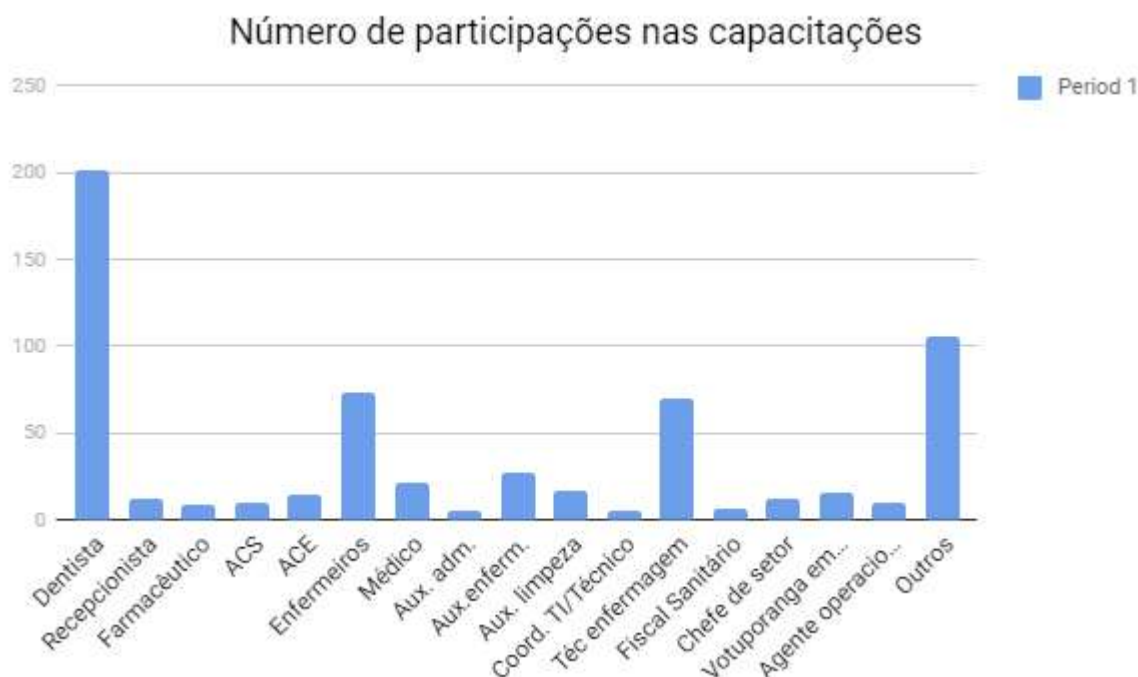


Figura 2 - Número de profissionais capacitados. Fonte: Divulgado pelo NEPH.

O número total de participações nas capacitações por categorias do 1º quadrimestre de 2019 foi de 615, sendo assim houve 75 participações de funcionários repetidas, demonstrando o reconhecimento da qualidade e interesse por parte dos participantes.

Dentistas, outros, técnicos de enfermagem e enfermeiros, são as categorias mais presentes. Em outros está enquadrado veterinário, nutricionista, auxiliar de farmácia, motorista, entre outros.

4.2 Informações dos usuários

O questionário online foi aplicado para moradores da cidade de um município do interior paulista entre os dias 3 de junho a 7 de junho e obteve a opinião de 57 usuários. A primeira questão, “Você é morador do estado de São Paulo?”, era de caráter eliminatório, representada na Figura 3, a resposta negativa não dava direito a continuar respondendo as demais. Como as demais questões não eram de caráter obrigatório, 4 afirmações receberam 55 respostas, e as outras 7 receberam 56 respostas.

Você é morador/a do Estado de São Paulo?

57 respostas

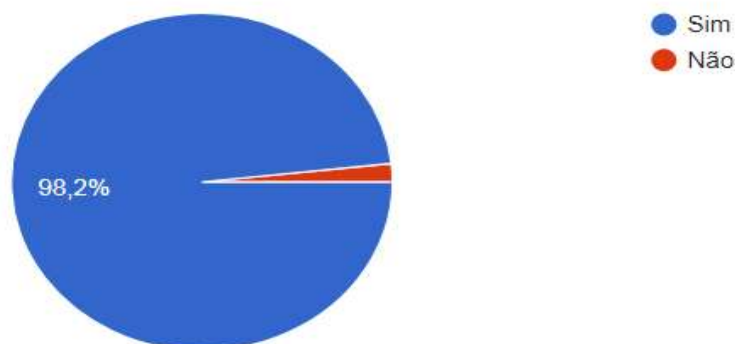


Figura 3 - 1ª questão do questionário online. Fonte: autora.

A seguir apresenta-se a relação entre as respostas, os aspectos e ações da PNH.

Acolhimento

A primeira afirmação “Me sinto escutado/compreendido quando busco atendimento médico.”, Figura 4, está relacionada com a ação de Escuta qualificada, essa ação é um dos princípios básicos da PNH, pois é uma ferramenta de construção de vínculo, que se diferencia da triagem, por se constituir numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. O aspecto relacionado é o **psíquico**. Todo cidadão tem o direito de ser acolhido, de ter um atendimento ético, reconhecido pela Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

Me sinto escutado/compreendido quando busco atendimento médico

55 respostas

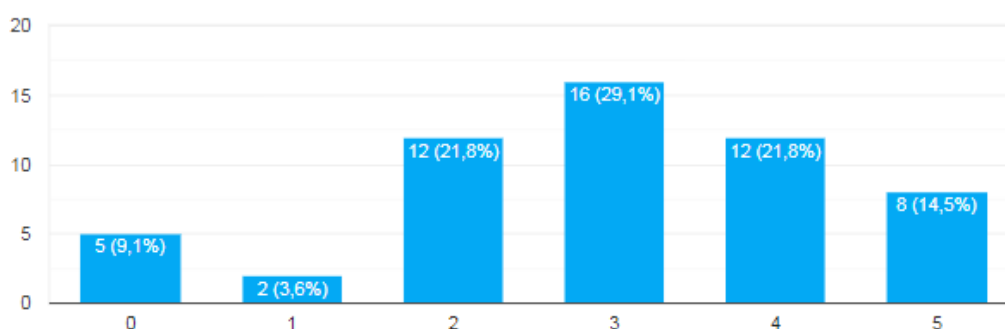


Figura 4 - 2ª questão do questionário online. Fonte: autora.

O acolhimento em função de vulnerabilidade/risco é outra ação exigida pela Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, todo serviço de urgência e emergência deve ter protocolo de riscos e vulnerabilidades específicas. O aspecto referente é o **analítico**. A Figura 5, representa as respostas a essa questão.

Nos atendimentos emergenciais que frequento, as pessoas são atendidas com base na gravidade/risco de cada caso.

56 respostas

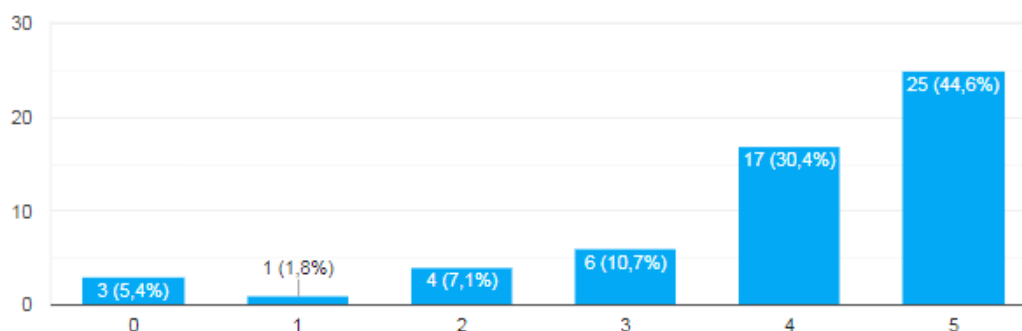


Figura 5 - 3ª questão do questionário online. Fonte: autora.

Gestão participativa e cogestão

A PNH tem como dever garantir o **direito a acompanhante em exame, consulta e internação**, descrito no documento HumanizaSUS como “um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde. Pessoas menores de 18 anos, idosos maiores de 60, pessoas com deficiência e parturientes têm esse direito assegurado por lei. Ação representada pela quarta questão, Figura 6. O aspecto relacionado é o **ético**.

Sempre que preciso de acompanhante em consultas, exames ou internação posso estar acompanhada/o.

55 respostas

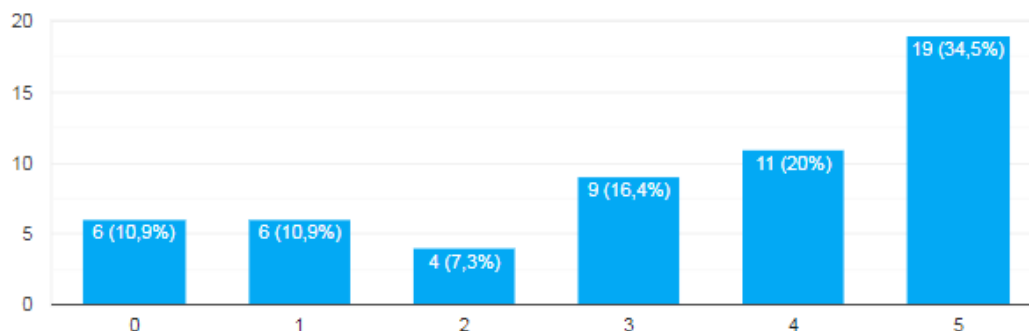


Figura 6 - 4ª questão do questionário online. Fonte: autora.

A ação de **Visita aberta** está definida na Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a Visita Aberta é definida como: “o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio”, retratada na Figura 7. O aspecto relacionado é o **ético** (BRASIL, 2013).

Em caso de internação, as visitas aconteciam fora de horários rígidos, em locais agradáveis e com suporte ao visitante.

56 respostas

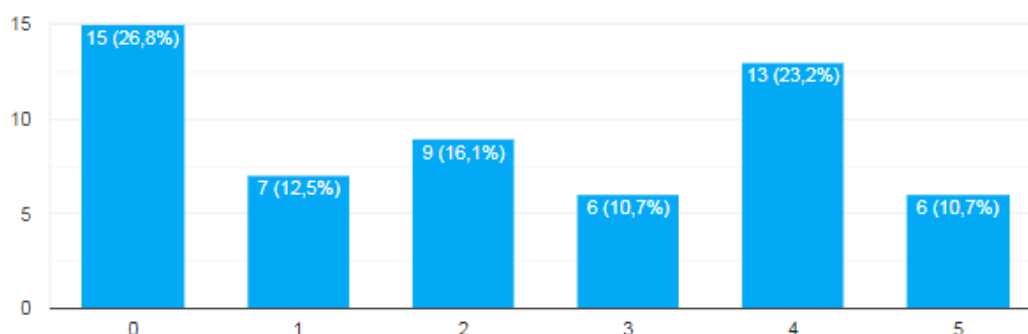


Figura 7 - 5ª questão do questionário online. Fonte: autora.

Os **Grupos com participação dos usuários** são visto como uma oportunidade melhorar os serviços de saúde através das experiências do próprio usuário, além de ajudar no conceito de clínica ampliada, propiciando uma maior

integração e cooperação entre as equipes. Os aspectos relacionados são o **linguístico** e o **formativo**, contemplados na questão da Figura 8.

Você participa ou já participou de algum grupo de saúde? Ex: conselhos, mesas de conversa, grupos de apoio a diabéticos, gestantes, entre outros

56 respostas

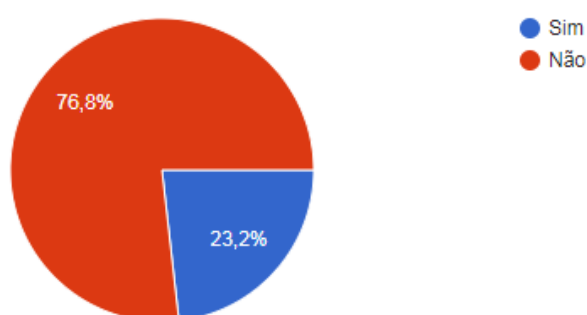


Figura 8 - 6ª questão do questionário online. Fonte: autora.

Clínica ampliada

A ação de Análise integral da saúde do indivíduo, descrita na questão da Figura 9, tem como objetivo o aumento da resolutividade no atendimento, tendo uma lógica assistencial orientada pela complexidade da vida, pela integralidade na assistência e pela valorização do processo de trabalho. Os aspectos relacionados são **biótico** e o **psíquico**.

Quando estou em consulta/tratamento, sei e sinto que há a participação de um corpo clínico, além do meu médico, em busca da análise da minha situação.

56 respostas

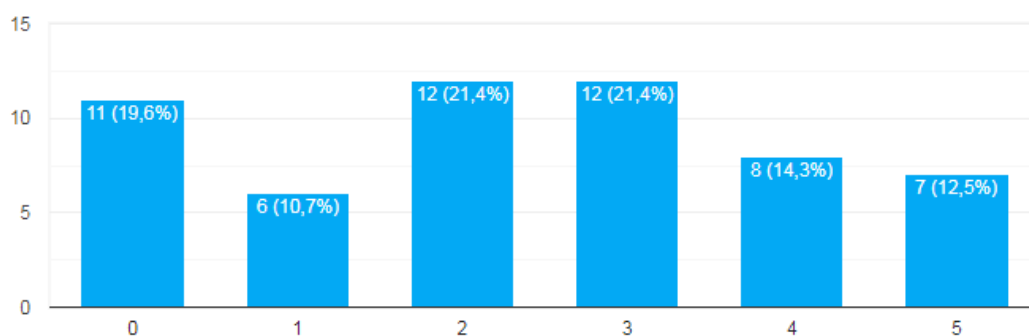


Figura 9 - Respostas da 7ª questão do questionário online. Fonte: autora.

A **Desospitalização** deve buscar instituir um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados. Os aspectos relacionados são **espacial** e **formativo**, contemplados na questão da Figura 10.

Quando deixo uma consulta, exame ou internação me sinto preparado para realizar meus cuidados em casa.

55 respostas

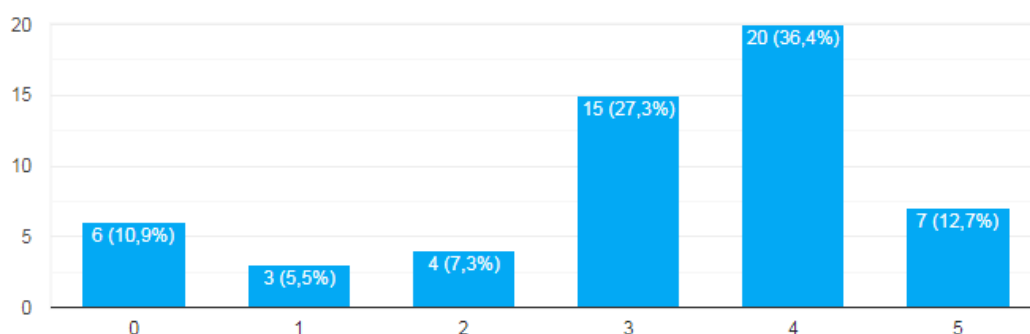


Figura 10 - Respostas da 8ª questão do questionário online. Fonte: autora..

Valorização do trabalhador

Valorização dos trabalhadores é uma das ações fundamentais para o bom funcionamento da PNH, pois além da gestão participativa que visa uma maior democratização nos processos de decisão, dando visibilidade às experiências dos trabalhadores, o processo de educação permanente é outra forma de reconhecimento que deve ser baseado nos princípios de humanização e nas necessidades específicas de cada unidade. Os aspectos referidos são o **biótico** e **psíquico** e essa ação está representada pela questão da Figura 11.

Durante meu atendimento, os profissionais de saúde aparentam estar motivados e capacitados para desempenhar sua função.

55 respostas

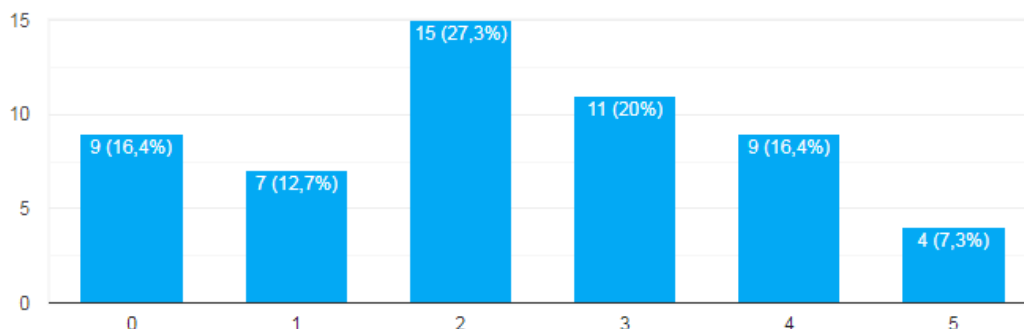


Figura 11 - Respostas da 9ª questão do questionário online. Fonte: autora.

Defesa do direito do usuário

A **Defesa dos direitos dos usuários** tem como base a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, a qual se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. O aspecto referido é o **formativo**, representado pela questão da Figura 12.

Possuo conhecimento sobre os meus direitos como usuário do SUS.

56 respostas

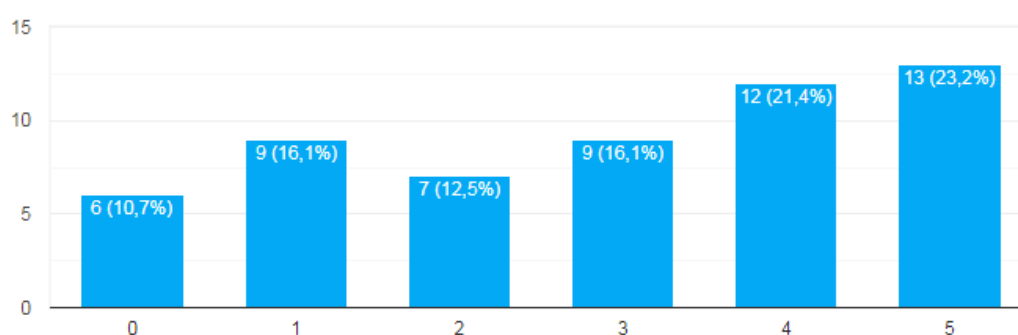


Figura 12 - Respostas da 10ª questão do questionário online. Fonte: autora.

A **Pesquisa de Satisfação** visa incluir efetivamente os usuários na proposição e avaliação das políticas públicas de saúde e é avaliada na questão da Figura 13. O aspecto relacionado é o **linguístico**.

Você já participou de alguma pesquisa de satisfação sobre serviços de saúde ou registrou alguma ocorrência na ouvidoria?

56 respostas

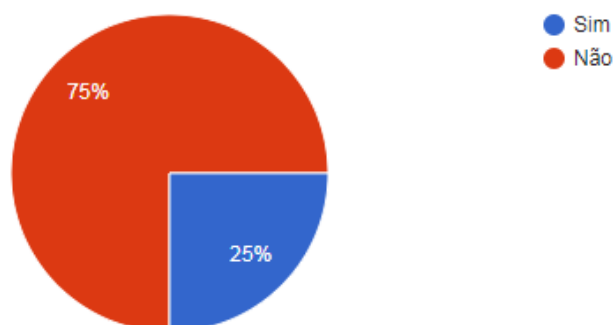


Figura 13 - Respostas da 11ª questão do questionário online. Fonte: autora.

Ambiência

De acordo com o Ministério da Saúde a **Ambiência** na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Esse espaço deve proporcionar à confortabilidade focada na privacidade e individualidade das pessoas envolvidas, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. O aspecto relacionado é o **estético**, avaliado na Figura 14.

Me sinto confortável, acolhido e preservado nos espaços hospitalares

56 respostas

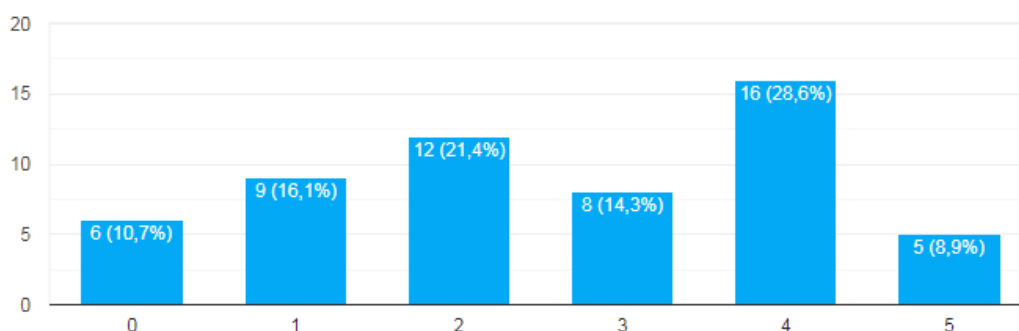


Figura 14 - Respostas da 12ª questão do questionário online. Fonte: autora.

A tabela a seguir busca evidenciar quais relações de aspectos aplicados a PEH do estado de São Paulo tem se desenvolvido com mais destreza e o que está

em maior desvantagem com base no resultado da pesquisa demonstrada anteriormente.

A Tabela 6 demonstra todos os aspectos que são relacionados (ou qualificados) pelas diretrizes e ações da PNH. Segundo o PSMM, um empreendimento ou instituição deve atender a leis que regem cada aspecto de forma a garantir o bem-estar e prosperidade (De Raadt, 2014). A PNH, assim, pode ser vista como uma tentativa de realizar e obedecer todas essas leis inerentes aos aspectos e os pontos onde eles se cruzam, como na Tabela 6. O fato de não contemplar alguns dos aspectos ou intersecções entre aspectos pode significar ou que o plano tem um escopo de ação limitado (o que, em si, não é um problema, dado que outras ações, além do PNH, sejam tomadas para atender esses pontos), ou que realmente há um “ponto cego”, um aspecto esquecido que necessita ser contemplado em próximas formulações da política. Foi desenvolvida uma média com as respostas obtidas e assim quantifica cada aspecto.

Tabela 6 - Intersecções entre os aspectos

Aspectos	Nota
Ético <-> Psíquico	2,51
Ético <-> Analítico	3,93
Social <-> Ético	3,27
Social <-> Ético	2,23
Social <-> Biótico	2,37
Social <-> Psíquico	2,37
Social <-> Espacial	3,11
Social <-> Formativo	3,11
Formativo <-> Psíquico	2,29
Jurídico <-> Formativo	2,91
Espacial <-> Estético	2,60

Fonte: autora.

Os aspectos **linguístico** e **formativo** aparecem nas questões afirmativas, isso impossibilita de ser realizada a análise junto com os demais, na tabela acima.

O aspecto **linguístico** apareceu nas ações de Grupos com participação de usuários e Pesquisa de satisfação, com 13 e 14 respostas positivas respectivamente, demonstrando baixa adesão nesses tipos de ação.

Já o aspecto **formativo** aparece em Grupos com participação de usuários com também 13 respostas positivas.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A engenharia biomédica é hoje uma realidade no Brasil. Há diversos cursos de graduação em Engenharia Biomédica em universidades públicas e privadas preparando novos profissionais para o mercado de trabalho. A função dos engenheiros biomédicos na saúde mudou significativamente ao longo das duas últimas décadas. De um funcionário que fazia apenas manutenções em equipamentos se transformou em um funcionário extremamente interdisciplinar.

O engenheiro biomédico é um profissional de formação generalista, que combina conhecimentos de engenharia aplicados às necessidades médicas e aos sistemas de saúde, a fim de disponibilizar novas técnicas, instrumentos, equipamentos ou serviços com vistas à melhoria da saúde das pessoas (GIMENEZ, 2016).

Este profissional é habitado a trabalhar em hospitais e clínicas, indústrias e no mercado de tecnologia; na fabricação, aplicação e manutenção de máquinas, dispositivos, equipamentos, instrumentos e sistemas para as áreas da saúde; no desenvolvimento de *softwares* específicos; no planejamento e gestão da tecnologia clínica e hospitalar; na pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias; na elaboração e aplicação de políticas públicas e de interesse social na área da saúde; no ensino e pesquisa científica.

O engenheiro biomédico dispõe habilidades e competência com questões de cuidados à saúde e em suas atividades tem que se considerar a ética e a bioética, legislação, segurança e os impactos ambientais.

Sendo assim, encontrou-se e utilizou-se, neste trabalho, uma metodologia de pensamento sistêmico (*systems thinking*), o PSMM, capaz de oferecer uma visão ampla e interdisciplinar para a avaliação das políticas de humanização em serviços de saúde e, assim, oferecer direções para ações de gestão na área de Engenharia Biomédica

Com base nessas definições se analisou os resultados encontrados nas diferentes pesquisas e foi lançado propostas de otimização para os principais problemas encontrados.

Nos resultados apresentados por ambas as pesquisas é possível observar que os eixos da PEH fazem parte das atividades de saúde do município. A gestão municipal tem conhecimento das atividades e busca colocá-las em prática, seja nas unidades básicas, pronto atendimento, ambulatório e hospital.

O NEPH apresenta foco intensivo em desenvolvimento de planos de ações e capacitações para os trabalhadores da área da saúde, com boa adesão por parte desses profissionais. Com o planejamento por quadrimestre, o NEPH induz rápida intervenção nas deficiências identificadas e permite mudanças em curto prazo. Por trabalhar integrado com todas as unidades, a divulgação das boas ações, do SUS que dá certo, acontece de maneira fácil e dinâmica.

Já os resultados encontrados através da pesquisa online com os usuários do sistema, foram observados pela análise multimodal e seus aspectos.

A relação de aspectos mais desenvolvidos é o **ético <-> analítico**, que aparece na diretriz de Acolhimento, com média de 3,93, representando 78,6 %. E o menos desenvolvido é o **social <-> ético**, com a média de 2,23, representando 44,6% que aparece em Gestão participativa e cogestão.

Nenhum dos aspectos se consolidou com nota máxima, isso é 5, e nem com a nota mínima 0. Ao todo, 63,63% ficaram acima da média, isso é acima de 2,5.

A PEH no estado de São Paulo teve como ponto de partida atividades de gestão, demonstrando a importância da engenharia clínica, onde funcionários da saúde foram instruídos a criar Grupos de trabalho em humanização e orientados por gestores regionais nesse processo (SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018).

Os Eixos temáticos de 2015 a 2018 tinham como responsabilidades básicas para o gestor estadual:

- Articular e organizar a gestão da atenção à saúde, com a participação dos municípios.
- Responder, solidariamente com municípios e União, pela integralidade da atenção à saúde da população.
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, entre elas Políticas de Gestão do Trabalho e Educação Permanente.
- Viabilizar participação e controle social.

O engenheiro biomédico como conhecedor do processo de desenvolvimento da saúde, se apresenta como apto a ajudar no processo de implementação das metas citadas anteriormente

A ação com maior nota está representada na questão “Nos atendimentos emergenciais que frequento, as pessoas são atendidas com base na gravidade/risco de cada caso.”, a qual se encontra dentro da diretriz Acolhimento, relacionada aos aspectos **ético** <-> **analítico**, recebendo 75% das notas entre 4 e 5 e demonstrando ser a ação melhor desenvolvida.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar recomenda sistemas de recepção, acolhimento e classificação de riscos reconhecidos internacionalmente como: *Emergency Severity Index* - ESI (Gilboy et al.,2011), *Australasian Triage Scale* - ATS (*Australasian College for Emergency Medicine*, 2000b; a), *Canadian Triage and Acuity Scale* - CTAS , entre outras (DIAS, 2004).

Todos esses sistemas citados anteriormente classificam o paciente em cinco níveis de risco: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. E são recomendáveis devido à maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do quadro clínico real do paciente.

Porém também são aceitáveis sistemas de estratificação em três níveis de risco: emergente, urgente e não urgente.

Em seguida, a ação com mais respostas positivas, 54% de notas 4 e 5, está contemplada na diretriz Gestão participativa e cogestão, na ação de Direito a acompanhante em exame, consulta e internação.

O acompanhante durante o atendimento auxilia o paciente nos quesitos confiança, segurança e a na interpretação das informações passadas pelo corpo clínico e é de extrema importância em alguns casos. Além de ser garantido por lei para alguns grupos em caso de internação, como citado anteriormente, a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, também prevê ao paciente “o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames” (BRASIL, 2009).

Serão apontadas as relações de aspectos e ações menos desenvolvidas, até 60% da nota máxima, e o que pode ser realizado para estar melhorando com a ajuda da engenharia biomédica.

As relações que apresentam baixo desenvolvimento são:

- Social <-> ético
- Formativo <-> psíquico
- Social <-> biótico
- Social <-> psíquico
- Espacial <-> estético
- Jurídico <-> formativo

A ação com a maior parte das notas em discordância total é a Visita aberta/ampliada, e está contemplada dentro da relação **social <-> ético**, cerca de 39,3% das respostas encontradas não foram acolhidas por essa ação, demonstrando sua baixa adesão pelas internações do município.

O cerne da humanização do SUS é garantir um exercício ético por meio de um método de tríplice inclusão: dos sujeitos, dos coletivos e dos analisadores sociais.

Em documento divulgado pelo Ministério da Saúde, consta o resultado de uma pesquisa realizada no contracheque dos trabalhadores de um hospital público de grande porte, foi constatada em mais de 90% dos questionários respondidos, as questões sobre a necessidade de ampliação do horário de visita.

O aumento do contato com amigos e familiares durante o período de internação é comprovadamente benéfico para a melhora do paciente, sendo citado nesse mesmo documento casos de pacientes que demonstraram mais ânimo e respostas positivas ao tratamento, com a possibilidade de seus entes o visitarem em horários diferenciados proporcionando maior contato.

Para aplicação da Visita aberta/ampliada, o engenheiro biomédico precisa traçar pontos estratégicos, capacitar profissionais para o acolhimento e proporcionar uma estrutura física para o bom desenvolvimento desse encontro.

A relação dos aspectos **formativo <-> psíquico** introduz a ações que requerem empatia, qualificação do profissional da saúde, mudanças na dinâmica do atendimento na ação de Valorização do trabalhador

A relação **social <-> biótico e social <-> psíquico** está considerada dentro da diretriz de Clínica ampliada, na ação de Análise integral da saúde do indivíduo,

essa análise investiga toda a individualidade, particularidades, desenvolvimento da saúde do ser em questão, e nisso se encontra o conceito do aspecto biótico, em como funciona esse sujeito no ambiente.

A investigação da saúde de cada paciente depende de uma equipe integrada e capacitada para saber relacionar diferentes situações e encontrar o cerne dos problemas identificados.

O engenheiro biomédico deve estar integrado com toda a equipe e utilizar de sua interdisciplinaridade para gerar essa integração, promovendo a ligação de profissionais afins, no desenvolvimento de grupos similares ao NASF, que contém a participação de diferentes profissionais da saúde e desenvolvem programas que integram saúde física e mental.

O conjunto **espacial <-> estético** está dentro da Diretriz Ambiência e apresenta uma média de 2,6. Esse aspecto estudado por critérios arquitetônicos indica que o cumprimento de requisitos básicos daria conta de promover um grau mínimo e suficiente de humanização nos hospitais, sendo esses requisitos: adequação ao local; o projeto deve ser resultado de um estudo funcional e técnico; racionalização das circulações e agrupamento de usos e atividades afins; auxílio na prevenção à infecção hospitalar; flexibilidade dos ambientes; preocupações com conforto ambiental, conforto térmico e visual; presença de verde; relação interior x exterior; e humanização dos espaços (CIACO, 2010).

O conhecimento sobre o direito dos usuários apresenta uma média de 2,91 e está relacionada aos aspectos **jurídico <-> formativo**. Para sanar essa deficiência poderia ser realizada a divulgação efetiva da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por mídias digitais, panfletos e rodas de conversa, a capacitação dos funcionários da saúde para a divulgação e capacitação dos usuários também é fundamental.

O engenheiro biomédico tem conhecimentos que perpassam por anatomia, fisiologia, equipamentos de imagem e diagnóstico, instrumentação biomédica, gestão de riscos, engenharia clínica, projetos e custos, gestão de recursos humanos e avaliação de tecnologia em saúde. Essa interdisciplinaridade ajuda no desenvolvimento e aplicação de projetos, como os citados anteriormente. Segundo o PSMM, cada um dos quinze aspectos modais investigados tem implicações um no

outro e o engenheiro biomédico, assim, ao manipular, por exemplo, os aspectos mais anteriores (quantitativo, espacial, cinemático e físico, biológico) pode trazer influências negativas ou positivas aos aspectos mais posteriores (sensitivo, analítico, etc). Sendo assim, as ligações entre esses aspectos devem ser identificadas e trabalhadas pelo engenheiro biomédico.

Uma forma de melhor desenvolver todos os aspectos deficientes identificados no trabalho, é pelo processo de Acreditação, que por definição da Organização Nacional de Acreditação, é um método de avaliação e certificação que busca, através de padrões e requisitos previamente definidos, proporcionar a qualidade e a segurança da assistência no setor da saúde. Realizada de maneira voluntária e reservada, e se constitui em um processo de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2019).

A Acreditação demonstra o compromisso com a qualidade do serviço prestado, investimento e valorização dos trabalhadores e compromisso com o usuário, o qual pode ser conduzido pela gestão de um engenheiro biomédico, levando ao aumento da capacitação dos profissionais da saúde, melhoria do ambiente de trabalho, conhecimento das legislações e segurança e riscos do ambiente.

Considerando a análise dos resultados apresentados pela pesquisa e pelos artigos e documentos estudados, pode-se afirmar que, no estado de São Paulo, as políticas de humanização encontraram direção a partir da elaboração da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, analisando-a e identificando suas particularidades regionais foi capaz de criar objetivos próprios, eixos, e desenvolver a Política Estadual de Humanização, a qual surge para enfrentar e ultrapassar os desafios em qualidade e dignidade no cuidado em saúde no estado.

Na primeira parte o objeto em questão foi o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, sua história e os processos envolvidos até a implementação do SUS. A segunda retrata as motivações que levaram a implementação de uma política nacional de humanização, seu processo de criação, as contribuições dos profissionais de Saúde e o resultado final que é a PNH - HumanizaSUS. A terceira

parte analisou a humanização no estado de São Paulo, seu processo de formação e o resultado, a PEH.

Em seguida, se desenvolveu uma análise em um município no interior paulista, com ênfase nas atividades de humanização desenvolvidas pela gestão e na percepção da população sobre essas atividades.

O contexto das Políticas Públicas de Humanização, com ênfase na realidade do estado de São Paulo, é digno de grandes debates sobre a efetivação da Política Nacional de Humanização, que demonstra ser um ponto de referência para as práticas de saúde que colocam os usuários e trabalhadores como responsáveis e criadores do processo de cuidado.

Diante do demonstrado, espera-se que este trabalho valha para contribuir em novas discussões acerca das políticas públicas de humanização, principalmente no estado de São Paulo, reproduzindo análises relacionadas à maneira de se produzir humanização nos serviços de saúde e como é vista e sentida por parte dos usuários, além de ações efetivas que possibilitam a plena implantação da Política Nacional de Humanização de forma precisa como foi elaborada.

Recentemente, DE BRITTO (2018) utilizou a metodologia de PSMM para avaliação estratégica socioambiental e propôs um novo software, derivado do SmCube por DE RAADT (2014), intitulado SocioAtlas, e que já consiste em um projeto em andamento (SOCIOATLAS, 2019). O próprio autor prevê que esta metodologia e software venham ser utilizados em outras áreas, assim, sugere-se como trabalho futuro a aplicação do SocioAtlas para avaliação da humanização em saúde ou mesmo para uma metodologia de avaliação de tecnologias em saúde em geral, tendo em vista seu caráter sistêmico e interdisciplinar, sendo este último requisito fortemente exigido nas atuais discussões da área (SANTOS-FILHO, 2007).

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; ARTMANN, Elizabeth; TRINDADE, Zeidi Araujo. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Online, v. 16, n. 1, p.1115-1124, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700043&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 maio 2019.

ASPINAL, F.; ADDINGTON-HALL, Julia M. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 4, n. 42, p.324-339, mai, 2003.

BASDEN, Andrew. **Philosophical frameworks for understanding information systems**. 1. ed. United Kingdon: IGI Global, 2007. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Portaria Nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009**. Brasília.

BRASIL. Olga Vânia Matoso de Oliveira. Ministério da Saúde. **O que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72 p. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: A saúde do Brasil**. 3. ed. Brasília: Editora Ms, 2011. 37 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Giovanni Guido Cerri. Secretaria de Estado da Saúde. **Política Estadual de Humanização - PEH**. São Paulo: Núcleo Técnico de Humanização, 2012. 51 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2013. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude#estrutura>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **História do Ministério: Saúde no Brasil – do Sanitarismo à Municipalização**. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude#estrutura>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. **Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. Brasília,

BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. **Rede Sirius**, v. 1, n. 1, p. 43- 49, jun, 2011. Disponível em: <<http://fopspr.wordpress.com/2008/08/16/texto-sobre-fundacoes-estatais-de-direitoprivado-fedp/>>. Acesso em: 23, abr. 2019.

CIACO, Ricardo José Alexandre Simón. **A Arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. 2010. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Arquitetura, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010. Disponível em: <file:///D:/Downloads/Mestrado_RicardoCiaci_BAIXA.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

BRITO, Christian Maciel de. **Pensamento Sistêmico Multimodal: Aprofundamentos quanto a Método, Teoria e Sociologia no Contexto da Sustentabilidade e da Intradisciplinaridade**. 2018. 54 f. Tese (Doutorado) - Curso de Engenharia, Universidade Federal do Paraná, Pontal, 2018.

DESLANDES, Suely F.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. **A informação na regulação da saúde suplementar**. 2004. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

GIMENEZ, Richard. **O que faz um Engenheiro Biomédico?** 2016. Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/o-que-faz-um-engenheiro-biom%C3%A9dico-richard-gimenez/>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

KHOJAH, G. et al., Using dooyeweerd's aspects to understand down to earth issues in use of medical records. 2018. 50 f. Dissertação (Mestrado), University of Salford, 2018.

HUMANIZAR. Dicionário online Aurélio, 19 jun. 2018. Disponível em <<https://dicionariodoaurelio.com/humanizar>>. Acesso em 17 abril 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em síntese**. Brasil, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/votuporanga/pesquisa/32/28163>> . Acesso em 25 abr. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 78,5**. Brasil, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>> . Acesso em 25 abr. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 76 anos, mortalidade infantil cai**. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23206-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-76-anos-mortalidade-infantil-cai>> . Acesso em 25 abr. 2019.

JONEIDY, Sina; BURKE, Maria. Towards a deeper understanding of meaningful use in electronic health records. **Health Information & Libraries Journal**, v. 36, n. 2, p.134-152, set, 2018.

HOOFF, J. van;VERKERK, M. J. Developing an integrated design model incorporating technology philosophy for the design of healthcare environments: a case analysis of facilities for psychogeriatric and psychiatric care in the Netherlands. **Technology in Society**, v. 35, n. 1, p. 1–13, fev, 2013.

LIKERT, Rensis. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**. Washington, v. 140, n. 55, p. 22, maio, 1932.

VERKERK, M. J. A philosophy-based 'toolbox' for designing technology: The conceptual power of dooyeweerdian philosophy. **koers**, v. 79, n. 3, p. 1–7, jun, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (São Paulo) (Org.). **O QUE É ACREDITAÇÃO**. 2019. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

PAIM, Jaimilson Silva. **O que é o SUS?** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=5unrAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=SUS&ots=NC-bXVrj6V&sig=DYhvQxMd0PiQO57LuudDr0s2EVs#v=onepage&q=SUS&f=false>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PAIM, Jaimilson et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, v. 1, n. 1, p.1-21, maio, 2011. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

Pasche, D.F.; Passos, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de Humanização da Saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. V. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set, 2010.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p.127-130, nov. 2010. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17434/2/16.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

RAADT, J. D. R. de; RAADT, Veronica D. de. **From Multi-Modal Systems Thinking to Community Development**. Australia: Melbourne Center For Community Development, 2014. 334 p.

RIBEIRO, P.; POLINDER, H.; VERKERK, M. Planning and designing smart grids: philosophical considerations. **IEEE Technology and Society Magazine**, Netherlands, v. 31, n. 3, p. 34–43, 2012.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 999-1010, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Secretaria de Estado da Saúde (Org.). **Histórico da Humanização no Estado de São Paulo**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/institucional/historico-da-humanizacao-no-estado-de-sao-paulo>>. Acesso em: 05 maio de 2019.

SILVA, Kleber José da; ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo de. SEGURIDADE SOCIAL: os limites dos direitos sociais no Estado neoliberal. **Estado de Desenvolvimento e Estado Capital**, São Luís, v. 1, n. 1, p.1-9, ago. 2011.

SPOSATI, Aldaíza. Mínimos Sociais e Seguridade Social: UMA REVOLUÇÃO DA CONSCIÊNCIA DA CIDADANIA. **Revista Serviço Social e Sociedade**., São Paulo, v.1, n. 55, p.9-38, nov.1997.

STRIJBOS, S.; BASDEN, Andrew. **In search of an integrative vision for technology: interdisciplinary studies in information systems**. 1. Ed. Amsterdam, Springer Science & Business Media, 2006.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update**. New York: Communications Development Incorporated, 2018. 148 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na área da Saúde**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VERKERK, Maarten J. et al. Philosophy of Technology: An Introduction for Technology and Business Students. **Routledge**, Abingdon, v. 1, n. 1, p.1-354, jun. 2015.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p.1751-1762, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2019.