

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS

Micaia Eduarda De Souza Stefani

**AS CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA
ATENÇÃO TERCIÁRIA: PRONTO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel (Trabalho de Conclusão de Curso).
Orientador: Luiz Flávio Neubert

Juiz de Fora
2023

DECLARAÇÃO DE AUTORIA PRÓPRIA E AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Eu, MICAIA EDUARDA DE SOUZA STEFANI, acadêmico do Curso de Graduação Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, regularmente matriculado sob o número 201873150A, declaro que sou autor do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado As características dos indivíduos atendidos pelo Sistema Único de Saúde na atenção terciária: Pronto Atendimento de urgência, desenvolvido durante o período de 03/2023 a 07/2023 sob a orientação de LUIZ FLÁVIO NEUBERT, ora entregue à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel, e que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daquelas cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, firmo a presente declaração, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais.

Desta forma, na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Juiz de Fora a publicar, durante tempo indeterminado, o texto integral da obra acima citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas e ou da produção científica brasileira, a partir desta data.

Por ser verdade, firmo a presente.

Juiz de Fora, 06 de Julho de 2023.

MICAIA EDUARDA DE SOUZA STEFANI

Marcar abaixo, caso se aplique:

Solicito aguardar o período de () 1 ano, ou (x) 6 meses, a partir da data da entrega deste TCC, antes de publicar este TCC.

OBSERVAÇÃO: esta declaração deve ser preenchida, impressa e **assinada** pelo aluno autor do TCC e inserido após a capa da versão final impressa do TCC a ser entregue na Coordenação do Bacharelado Interdisciplinar de Ciências Humanas.

AS CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATENÇÃO TERCIÁRIA: PRONTO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Micaia Eduarda De Souza Stefani¹

RESUMO

Neste artigo aborda-se as características de pacientes que são atendidos em um pronto atendimento e toda a complexidade de acompanhamento pelo sistema único de saúde (SUS) nas instituições de atenção terciária que seriam hospitais que fornece atendimento do nível de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte, envolvendo também procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como: oncológicos, transplantes e partos de alto risco. o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que 71,1% da população foi a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) com predomínio de mulheres gestantes com idade entre 15 e 49 anos de idade, crianças, pretos, pardos e pessoas com baixa escolaridade ou sem instrução ou com fundamental incompleto (REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil, 2008).

Palavras-chaves: Pacientes, SUS, Hospitais

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo foca no perfil de pessoas que utilizaram e utilizam o sistema único de saúde (SUS) que possui os 3 pilares: Universalidade, Equidade e Integralidade. Porém percebemos certos padrões nos indivíduos que utilizam deste serviço, principalmente na atenção terciária, que são hospitais de pronto atendimentos nos quais, pacientes chegam normalmente em situação de acidentes, trabalho de parto ou na pior hipótese inconscientes pelo SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência) ou por meios próprios. Infelizmente são constantes as reclamações dos pacientes quanto ao atendimento hospitalar. Eles argumentam a falta de atenção adequada por parte dos profissionais que atuam nos hospitais. Por outro lado, os trabalhadores da área de saúde tanto médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem quanto recepcionistas insistem em enfatizar as precárias condições para exercerem suas funções.

Quando em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional da Atenção e Gestão em SUS – HumanizaSUS que visa, exatamente, essa atenção aos usuários e à própria gestão e assim surgiu HumanizaSUS para atingir todos os níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, a Humanização é entendida como uma transformação cultural na forma de atendimento e gestão de processos de trabalho, destaca a prática do acolhimento começando na recepção do paciente tratando este com humanização: escutando sobre sua dor, queixa sobre o próprio atendimento recebido até chegar no hospital que o acolheu e sondando com perguntas sobre o seu estado em geral, pois até questões psicológicas podem afetar sua saúde e simples gesto de acolher e ouvir já ameniza um pouco o sofrimentos, sendo assim as equipes colocam a necessidade do indivíduo como um norte para sua ação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Sendo assim, o indivíduo não se sente mais como uma paciente qualquer ou somente um número e tem suas preocupações consideradas e se sentem mais valorizadas e isso faz com que o ambiente hospitalar seja de certa forma transformado ao acolher um paciente o bem estar dessa pessoa se eleva e isso colabora para que sua melhora seja mais rápida acaba fidelizando o paciente pois além da missão social os hospitais não deixam de ser um negócio econômico no qual gera renda, despesas, salários e etc. e por esse motivo precisam de usar de estratégias que diferenciam de outras unidades hospitalares gerando concorrência e competitividade.

Um clima organizado também gera bem-estar geral, tanto para o paciente quanto para funcionários e usuários do local e assim todos ficam mais satisfeitos com o serviço prestado.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1 Graduando em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. E-mail: micaia.eduarda@estudante.uff.com. Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Orientador: Luiz Flávio Neubert.

O INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) foi um órgão responsável pela previdência social no Brasil antes da criação do SUS. Foi criado em 1966 e tinha como objetivo principal a concessão de benefícios previdenciários, como aposentadorias, pensões e auxílio-doença. O INPS foi substituído pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em 1990, quando o SUS foi instituído e passou a ser responsável pelo atendimento à saúde no país.

SESPE (Serviço Especial de Saúde Pública) foi um programa criado em 1952 no Brasil, durante o governo de Getúlio Vargas, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e melhorar as condições de saúde da população. O SESP focava em ações de saúde preventiva e curativa, com destaque para a atenção básica e vacinação. Dentre as ações desenvolvidas pelo SESP, destacam-se a criação de postos de saúde em todo o país, a ampliação da vacinação em massa contra doenças como a poliomielite, a erradicação da malária em diversas regiões e a implantação de unidades móveis de atendimento médico. O SESP foi um importante precursor do atual Sistema Único de Saúde (SUS), pois estabeleceu os princípios de atenção integral à saúde e de acesso universal aos serviços, que posteriormente foram consolidados na criação do SUS em 1988.

“Sistema criado pela Constituição Federal do Brasil, de 1988, e regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19.09.1990, com a finalidade de garantir assistência à saúde a todo cidadão brasileiro. Integram o Sistema os estabelecimentos públicos (federais, estaduais e municipais) e os estabelecimentos privados, com fins lucrativos ou beneficentes, contratados para a prestação desse atendimento à população.” (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2020)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Brasileira de 1988, que estabeleceu o direito à saúde como dever do Estado. O SUS foi instituído oficialmente em 1990 por meio da Lei nº 8.080, que regulamentou as ações de saúde no país, e começou a ser implementado gradualmente nas décadas seguintes. A 3ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1963, durante o período da ditadura militar no Brasil. Essa conferência foi um importante marco para a saúde pública no país, pois trouxe discussões sobre a necessidade de um sistema de saúde universal e integral. No entanto, suas propostas não foram plenamente implementadas devido às limitações impostas pelo regime militar. Durante esse período, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não existia, sendo criado somente em 1988, após o fim da ditadura. Durante a ditadura militar, o SUS ainda estava em processo de construção e não era exatamente definido como tal. Entretanto, as bases para a criação do sistema de saúde universal e público já estavam sendo discutidas por movimentos populares, universidades, partidos políticos progressistas e algumas prefeituras com viés progressista.

Esses atores desempenharam um papel fundamental na defesa de uma saúde pública e universal, mesmo diante das restrições impostas pelo regime militar. Eles buscaram formas alternativas de promoção da saúde, priorizando a atenção básica, a participação popular e o controle social. Movimentos populares, como sindicatos e associações de bairro, organizaram-se para exigir melhores condições de saúde para a população e para pressionar o governo a adotar políticas mais inclusivas na área da saúde. Universidades e pesquisadores desenvolveram estudos e pesquisas que embasaram a crítica ao modelo de saúde adotado à época e propuseram alternativas voltadas para a promoção da saúde pública e da equidade. Partidos políticos progressistas, mesmo com limitações impostas pelo regime, defenderam a importância de um sistema de saúde universal e público, tornando o tema parte de suas agendas políticas. Algumas prefeituras, com gestões mais progressistas, também buscaram implementar programas voltados para a saúde da população, ainda que em menor escala. É importante ressaltar que essas ações e movimentos ocorriam de maneira resistente e muitas vezes enfrentando represálias e perseguições por parte do regime militar. No entanto, foram essas lutas e mobilizações que pavimentaram o caminho para a construção do SUS após o fim da ditadura.

“Para entender exatamente o que representa o SUS, analiso a seguir suas definições básicas como saúde direito, seus objetivos, suas funções e seus princípios e diretrizes técnico-assistenciais e gerenciais. A base desta análise é exclusivamente **a CF art.193-200 e as Leis 8.080 e 8.142. [Grifo meu]. [...]** Como já visto, o Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS).” (CARVALHO, 2013)

No Sistema Único de Saúde (SUS), as internações podem ser realizadas de três maneiras diferentes: eletiva, por transferência e de urgência. Vamos entender como funciona cada uma delas (BRASIL, 2007):

1. Internação Eletiva: Também conhecida como internação programada, a internação eletiva ocorre quando o paciente precisa ser hospitalizado para um procedimento ou tratamento que pode ser agendado previamente. Essa modalidade de internação é indicada para casos em que não há urgência ou risco imediato à vida do paciente. Para realizar a internação eletiva no SUS, é necessário passar por uma consulta médica, na qual o profissional solicitará a internação hospitalar de acordo com a necessidade do paciente.

2. Internação por Transferência: A internação por transferência ocorre quando um paciente precisa ser encaminhado de um hospital ou unidade de saúde para outra unidade, seja pelo agravamento do quadro clínico, necessidade de outros tipos de atendimento ou por falta de recursos no local de origem. Essa modalidade de internação é realizada em situações em que é necessário um nível de atendimento ou especialidade médica não disponível na unidade de saúde inicialmente atendida pelo paciente.

3. Internação de Urgência: A internação de urgência ocorre quando o paciente apresenta uma condição de saúde grave que exige atendimento imediato, devido a risco iminente à vida ou agravamento do quadro clínico. Nesses casos, o paciente deve procurar o serviço de urgência/emergência mais próximo de sua residência. Ao chegar ao serviço de urgência, o paciente passará por uma avaliação médica que determinará a necessidade de internação e os cuidados a serem prestados. Caso seja necessário, o paciente será internado e receberá o atendimento adequado à sua situação.

É importante ressaltar que, em todas as modalidades de internação, o paciente será atendido conforme sua prioridade clínica, respeitando os princípios do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade. O encaminhamento e a escolha do tipo de internação são realizados pelo médico responsável pelo atendimento, levando em consideração a necessidade e a urgência do caso.

2.1. OS 3 PILARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado em três pilares básicos: universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios foram pensados de forma a garantir o acesso igualitário, abrangente e de qualidade aos serviços de saúde para toda a população brasileira. Vamos entender melhor cada um desses pilares (MATTA, s/d):

1. Universalidade: O princípio da universalidade é baseado no direito fundamental à saúde e garante que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição social, econômica ou de qualquer outro aspecto, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde. Isso significa que o SUS deve atender a todas as pessoas, desde o seu nascimento até o final da vida, sem discriminação ou restrições.

2. Integralidade: A integralidade refere-se ao atendimento em saúde de forma global e abrangente, considerando não apenas as necessidades imediatas e pontuais, mas também a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. O SUS se compromete a oferecer uma ampla gama de serviços, que vão desde a atenção primária (como consultas médicas e vacinação) até a atenção especializada (como exames, internações e cirurgias), visando garantir o cuidado de forma integral e contínua.

3. Equidade: O princípio da equidade busca diminuir as desigualdades sociais e regionais no acesso à saúde. Isso significa que o SUS deve priorizar aqueles que têm maior necessidade, levando em consideração fatores como condição socioeconômica, raça, gênero, localização geográfica, entre outros. Busca-se, portanto, oferecer atendimento diferenciado para aqueles que enfrentam maiores dificuldades e desvantagens, de modo a promover a justiça social e garantir que todos tenham as mesmas oportunidades de cuidado em saúde.

Esses pilares são essenciais para nortear as políticas públicas de saúde e orientar o funcionamento do SUS. Dessa forma, busca-se assegurar um sistema de saúde inclusivo, que atenda às necessidades de toda a

população brasileira, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar de forma equânime (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, s/d).

2.2. HUMANIZAÇÃO

A humanização é o processo de tornar os serviços e atendimentos mais humanos, acessíveis e acolhedores. Ela visa proporcionar aos indivíduos uma experiência de cuidado e respeito, valorizando sua autonomia e dignidade. Para exercer a humanização, é necessário adotar algumas práticas, tais como (DESLANDES; MITRE, 2009):

1. Escuta ativa: Ouvir de forma empática e dedicada às necessidades e preocupações do outro.
2. Respeito à individualidade: Reconhecer as diferenças de cada pessoa e tratá-las de forma única e personalizada.
3. Comunicação clara e transparente: Utilizar uma linguagem acessível e compreensível, evitar jargões técnicos e explicar detalhadamente os procedimentos e informações necessárias.
4. Acolhimento: Receber as pessoas em um ambiente físico e emocionalmente seguro e acolhedor, demonstrando empatia e compaixão.
5. Promoção da autonomia: Incentivar a participação ativa dos indivíduos em suas decisões e cuidados, respeitando suas escolhas e preferências.
6. Trabalho em equipe: Estabelecer uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde e demais envolvidos no atendimento, garantindo a continuidade e integração dos cuidados.
7. Valorização da dimensão emocional: Reconhecer e considerar as emoções e sentimentos dos indivíduos e oferecer apoio psicossocial, se necessário.
8. Atendimento sem discriminação: Não fazer distinções de raça, gênero, orientação sexual, religião, origem étnica, idade, status socioeconômico, entre outros, e tratar todos com equidade e respeito.
9. Avaliação e melhoria contínua: Buscar constantemente aprimorar os serviços oferecidos, por meio de avaliações, feedbacks e implementação de melhorias.

Essas são apenas algumas das formas de exercer a humanização, e cada contexto pode demandar abordagens específicas. O objetivo é sempre buscar proporcionar uma experiência de cuidado mais humanizada, solidária e empática para com as pessoas atendidas. E assim chegamos à palavra mais importante quando se trata de humanização (OXFORD DICTIONARY, 1998):

Acolher (verbo)

1. transitivo direto e pronominal: oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; abrigar(-se), amparar(-se). "acolhia todos os desvalidos que o procuravam".
2. transitivo direto e pronominal: dar ou receber hospitalidade; hospedar(-se), alojar(-se). "acolhemos o rapaz até que sua saúde se restabelecesse"

Sendo tratado com este ato de entendimento os pacientes têm as dores, seus medos, dificuldades e até as condições familiares amenizadas e passam a confiar mais na equipe que está cuidando do seu caso transformando a tensão em alívio de depressão e ansiedade o que é crucial para sua qualidade de vida. O resultado disso é que quando se fala em Humanização é essencial entender a particularidade do ser humano. Logo, cada pessoa tem uma necessidade específica, e é papel do gestor aceitar e compreender essa diversidade. De acordo com Rech, tal conceito consiste em tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando qualquer tipo de discriminação, preservando a dignidade do ser humano.

A Humanização Hospitalar está atrelada à construção de trocas solidárias e comprometidas entre todos os sujeitos envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores, identificando as necessidades sociais de saúde e controlando os frágeis processos de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde. Humanizar a atenção hospitalar é trabalhar na formação dos profissionais de saúde junto ao debate e a formulação da política pública de saúde. Esse conceito de "humanização" nasceu dentro do SUS. Foi introduzida na Política Nacional de Humanização (PNH), a implementação da humanização no SUS buscava garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde, levando em consideração as necessidades individuais e coletivas dos usuários e trabalhadores da

saúde. A PNH incentiva a participação ativa da comunidade no planejamento, avaliação e gestão dos serviços, além de promover práticas de acolhimento, escuta, respeito à diversidade cultural, trabalho em equipe e valorização dos aspectos emocionais e subjetivos.

A humanização no SUS também busca combater as práticas de desrespeito, violência e negligência, promovendo uma relação mais ética e humanizada entre os usuários e os profissionais de saúde. Apesar de ter sido inicialmente introduzida no SUS, a humanização também é aplicada em outros contextos de atendimento em saúde, como hospitais, clínicas, consultórios, entre outros. Assim, O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde, tais como (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023):

- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco 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;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

2.3. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma iniciativa do governo brasileiro criada em 2003 que busca promover a humanização dos serviços de saúde no país. Implementada pelo Ministério da Saúde, a PNH tem como objetivo principal tornar o atendimento mais acolhedor, respeitoso e integral para os usuários do SUS e, também, valorizar o trabalho dos profissionais de saúde que nele atuam. A PNH estimula a comunicação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, buscando a contribuição e participação de todos para um melhor andamento dos serviços. Além disso, essa política também busca combater as desigualdades sociais e os preconceitos presentes no sistema de saúde, promovendo a igualdade no acesso aos serviços e o respeito à diversidade.

Vale dizer que a comunicação entre gestores, funcionários e usuários provoca muitas das vezes o sentimento de perturbação, sentimento esse que pode ser em alguns casos é o que coloca “a máquina em movimento” para serem feitas mudanças a fim de se aperfeiçoar os processos. A Política Nacional de Humanização é um importante instrumento para transformar a cultura e a prática da saúde no Brasil, colocando o cuidado humanizado e boa relação entre as partes como prioridade para a melhoria da saúde e bem-estar da população:

“Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento 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. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde. O que é a Política Nacional de Humanização? O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Método A partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o País. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da Política Nacional de Humanização, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.” (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013)

Portanto, espera-se que a política comporte os 3 pilares citados acima do sistema único de saúde: Universalidade, Integralidade e Equidade que são os princípios norteiam a concepção e implementação do SUS, visando garantir o direito à saúde de todos os brasileiros e promover uma atenção à saúde.

Mas incluir como? As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

Princípios: TRANSVERSALIDADE - A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013)

Assim, percebemos a preocupação do elaborador da política pública com o fato de que a capilaridade do sistema é importante, pois o SUS se trata de um programa de grande porte, que sustenta vários tipos de serviços de saúde de forma heterogênea, desde a atenção primária até cuidados de alta complexidade conhecida como atenção terciária que são os prontos atendimentos de Urgência e emergência.

Indissociabilidade entre atenção e gestão: As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros, Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. Diretrizes A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013)

Os vínculos entre trabalhadores da saúde e pacientes são construídos através de interações e relações estabelecidas ao longo do processo de cuidado. Esses vínculos são fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva, que promova confiança, empatia e respeito mútuo. Alguns elementos e práticas contribuem para a formação desses vínculos. Comunicação efetiva: A comunicação clara, empática e respeitosa é essencial para o estabelecimento de vínculos sólidos. Os profissionais de saúde devem ser bons ouvintes, demonstrando interesse genuíno pelo paciente e suas preocupações. Estabelecimento de *rapport*: O *rapport* refere-se à conexão e sintonia entre profissional de saúde e paciente. Envolve a capacidade de criar uma atmosfera acolhedora e de confiança, estabelecendo uma relação de parceria. Respeito à autonomia: Os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia e as decisões do paciente, envolvendo-o ativamente nas decisões relacionadas ao seu cuidado. Isso fortalece o vínculo e promove uma relação mais colaborativa. Empatia e compreensão: A empatia, a capacidade de se colocar no lugar do paciente e compreender suas experiências e emoções, é fundamental para estabelecer uma relação de confiança e apoio. Continuidade do cuidado: O acompanhamento contínuo e a presença consistente dos profissionais de saúde ao longo do processo de cuidado ajudam a fortalecer o vínculo. Isso pode ocorrer, por exemplo, por meio do mesmo profissional de saúde acompanhando o paciente em diferentes momentos ou da manutenção de uma equipe estável. Respeito à individualidade e cultura do paciente: Reconhecer e valorizar as diferenças individuais, culturais e sociais dos pacientes contribui para uma relação de respeito e confiança. Esses são apenas alguns dos aspectos que influenciam a formação dos vínculos entre trabalhadores da saúde e pacientes. É importante lembrar que cada relação é única e depende da interação entre as partes envolvidas. A qualidade desses vínculos pode ter impactos significativos no processo de cuidado e nos resultados de saúde dos pacientes (SHIMITH *et al*, 2012):

“Entenda melhor alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH: Acolhimento O QUE É? Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. COMO FAZER? Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. Gestão Participativa e cogestão O QUE É? Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. COMO FAZER? A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde. Ambiência O QUE É? Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. COMO FAZER? A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde. Clínica ampliada e compartilhada O QUE É? A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. COMO FAZER? Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões

compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013)

A ambiência é um dos eixos fundamentais tanto no Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) quanto na Política Nacional de Humanização (PNH). Ambos reconhecem a importância do ambiente físico e social dos serviços de saúde na promoção da humanização e melhoria da qualidade do atendimento. No contexto do HumanizaSUS e da PNH, a ambiência refere-se à criação de espaços adequados e acolhedores nos serviços de saúde, levando em consideração aspectos como conforto, acessibilidade, privacidade, segurança e estética. O objetivo é proporcionar um ambiente propício para o cuidado, contribuindo para a saúde e o bem-estar tanto dos usuários como dos profissionais de saúde.

Valorização do Trabalhador O QUE É? É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. **COMO FAZER?** O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão. **Defesa dos direitos dos Usuários O QUE É?** Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. **COMO FAZER?** Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social. **Rede HumanizaSUS** Um portal colaborativo para produção e difusão de informações em humanização da saúde entre gestores e trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e profissionais de diferentes áreas. Todos com um interesse comum: conhecer melhor, ampliar e colocar na roda de conversa virtual o tema da humanização. A Rede HumanizaSUS abre espaço para o protagonismo de seus participantes possibilitando o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento produzido em humanização por meio de textos, vídeos e fotos que constroem a história da PNH. **Formação é intervenção – Intervenção é formação.** Por meio de cursos e oficinas de formação/ intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades. (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2013)

2.4. IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

O IBGE é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, um órgão do governo brasileiro responsável por realizar pesquisas e estudos estatísticos sobre diversos aspectos do país. Segundo o IBGE, em 2019, cerca de 75,6% da população brasileira utilizava o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa porcentagem representa aproximadamente 160 milhões de pessoas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é uma instituição governamental brasileira responsável pela produção e análise de informações geográficas e estatísticas do país. Foi fundado em 1936 e tem como missão retratar o Brasil com informações necessárias ao conhecimento da sua realidade e ao exercício da cidadania.

O IBGE tem como principais atribuições: **Produção de dados estatísticos:** Realiza pesquisas e levantamentos em diferentes áreas, como demografia, economia, educação, saúde, meio ambiente, entre outras. Esses dados estatísticos são utilizados para análises, estudos e tomadas de decisão em diversos setores. **Elaboração de mapas e informações geográficas:** O IBGE produz e atualiza mapas, cartas e informações geográficas do território brasileiro. Isso inclui a delimitação de divisões administrativas, como estados, municípios e regiões, além de estudos e análises espaciais. **Censo Demográfico:** Realiza a cada dez anos o Censo Demográfico, que é a pesquisa mais completa sobre a população brasileira. O Censo fornece informações detalhadas sobre características demográficas, sociais, econômicas e habitacionais da população. **Disponibilização de informações públicas:** O IBGE disponibiliza suas pesquisas, dados e informações de forma acessível ao público, por meio do seu site oficial e de outras plataformas. Isso permite que os cidadãos, pesquisadores, instituições e empresas possam acessar e utilizar essas informações para diferentes finalidades. O IBGE desempenha um papel fundamental na produção e disseminação de informações estatísticas e geográficas no Brasil, contribuindo para o planejamento, monitoramento e desenvolvimento do país em diversos aspectos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dialogando com algumas recepcionistas de hospitais podemos perceber que as portarias de atendimentos SUS são as que mais se escuta histórias, é o caso de uma gestante contando para outra como foi seu último parto e pelo que esta mãe de primeira viagem vai passar, fornecendo até mesmos conselhos, conversas entre pessoas que aguardam a avaliação de exames para o de transplante de órgãos, mesmo sabendo que os ambos estão “disputando” o mesmo órgão, um deseja ao outro boa sorte, conversas entre pessoas que foram transferidas de um mesmo hospital para o outro, conversam como será o procedimento realizado e contam até se estão com algum tipo de receio ou não, sendo que todos ali são desconhecidos.

Desta forma percebemos na maioria das vezes que o público atendido pelo sistema único de saúde são pessoas mais agradecidas e felizes com os atendimentos, são pessoas que por mais que passam por um tempo de espera grande em filas aguardando por cirurgias quando chegam no ambiente hospitalar conversam sobre assuntos gerais com os trabalhadores da área da saúde, sejam eles faxineiros, recepcionistas, porteiros e até médicos, são pessoas que não fazem diferenciação pois se sentem acolhidas no âmbito hospitalar de tal forma que se sentem à vontade a contar suas vivências naquele ambiente.

O SUS atende uma ampla faixa etária da população, mas é fato que há uma atenção especial para os grupos mencionados - pessoas de 15 a 49 anos de idade, crianças, pretos e pardos, e pessoas com baixa escolaridade - devido às desigualdades sociais existentes no país. Esses grupos são mais vulneráveis a diferentes problemas de saúde devido a uma série de fatores, como condições socioeconômicas precárias, maiores exposições a riscos ambientais e falta de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Pessoas entre 15 e 49 anos são consideradas em idade produtiva, e o direcionamento de políticas de saúde para esse grupo é estratégico para garantir a saúde e a capacidade produtiva da população economicamente ativa. Crianças são foco de atenção nas políticas de saúde porque seu desenvolvimento e bem-estar são fundamentais para a formação de uma população saudável no futuro. Além disso, a saúde infantil está relacionada à redução da mortalidade e da morbidade na infância. As pessoas pretas e pardas, historicamente, enfrentam desigualdades raciais e sociais que impactam negativamente sua saúde e acesso aos serviços de saúde. O SUS busca ser um instrumento de enfrentamento das desigualdades raciais, garantindo um atendimento equânime a todos os cidadãos. A relação entre baixa escolaridade e acesso limitado aos serviços de saúde também é uma realidade. Pessoas com menor nível de escolaridade podem enfrentar mais dificuldades para compreender informações sobre saúde e buscar cuidados adequados.

Portanto, o SUS busca ampliar o acesso e a equidade no atendimento de saúde, visando especialmente os grupos mais vulneráveis, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e promover uma saúde mais igualitária para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

BASTOS, G.A.N; FASOLO, L.R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. **Revista Brasileira Epidemiologia**, n.16, v.1, p.114-124, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 198 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, 27(78), 7–26, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. O Pacto pela Saúde fortalece a gestão compartilhada. s/d. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/jornal7/pactosaude.htm#:~:text=Conselho%20Nacional%20d

[e%20Sa%C3%BAde&text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%2C%20aprovado,SUS%20e%20Pacto%20de%20Gest%C3%A3o](#) Acesso em: 11 jul. 2023.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 641-649, 2009.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Políticas de Saúde (FIOCRUZ). Rio de Janeiro. s/d. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%20de%20Sa%FAde%20-%20Princ%EDpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%DAnico%20de%20Sa%FAde.pdf;jsessionid=7E83DE57C9D9A46E4C397AE1EDB76AF5?sequence=2> Acesso em 10 de julho de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus> Acessado em 10 de julho de 2023.

OXFORD DICTIONARY. **Verbetes “Acolher”**. Winchester: Editora Oxford,1998.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal em 2019**: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cartilha sobre a Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acessado em 10 de julho de 2023.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SHIMITH, Maria Denise. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011/fev.2012.