

A photograph of three medical professionals in blue scrubs and surgical masks working on a patient in an operating room. A large, multi-lamp surgical light fixture is positioned above them. In the bottom left corner, a portion of a ventilator or respiratory support machine is visible.

ANDERSON CESAR ZANI
HEAD ORGANIZER

TECHNOLOGIES AND INNOVATIONS IN HEALTH



EDITORIA FOCO
2024

Anderson Cesar Zani
Head Organizer



Technologies and innovations in health

Editora Foco

2024

Copyright®	O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.
Editora Foco	
Copyright do Texto® 2024	O autor
Copyright da Edição® 2024	Editora Foco
Diagramação	Editora
Edição de Arte	Editora
Revisão	O autor

Editor Chefe

Christian Scapulatempo Strobel

Conselho Editorial

Angel Sanchez Hernandez

Claudimar Pereira da Veiga

Giuliana Strambi

Christian Luiz da Silva

Leonardo Pastorino

Roberto Ari Guindani

Ubiratã Tortato

Ludivine Petetin

Murilo Martins de Andrade

Paulo Ferreira da Cunha

Antonio Gonçalves de Oliveira

Pierre Guibentif

Márcio Fontana Catapan

Rute Saraiva

Site

www.focopublicacoes.com.br

E-mail

ebooks@focopublicacoes.com.br



EDITORIA FOCO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Technologies and innovations in health [livro eletrônico]
organização Anderson Cesar Zani. -- 1. ed. -- Curitiba, PR:
Editora Foco, 2024.

PDF.

Bibliografia.

ISBN: 978-65-83117-11-3

1. Saúde. 2. Medicina. 3. Palavra-chave. 4. Palavra-chave. 5.

Palavra-chave.

I. Zani, Anderson Cesar. II. Título.



APRESENTAÇÃO

O campo da saúde vem passando por transformações rápidas e profundas graças ao avanço das tecnologias e das inovações científicas. Technologies and Innovations in Health busca oferecer uma visão clara e acessível sobre como essas mudanças impactam o cuidado com a saúde, revolucionando a forma como prevenimos, diagnosticamos e tratamos doenças.

Neste livro, exploramos o impacto de tecnologias como inteligência artificial, telemedicina, biotecnologia e dispositivos de monitoramento em tempo real, destacando como cada inovação contribui para melhorar a qualidade de vida e o acesso aos cuidados. Ao mesmo tempo, discutimos os desafios éticos e sociais que acompanham essas inovações, refletindo sobre o equilíbrio entre tecnologia e humanização no atendimento à saúde.

Technologies and Innovations in Health é um convite para conhecer o futuro da medicina e da saúde, mostrando como novas ferramentas e descobertas abrem portas para soluções mais eficazes e personalizadas. Destinado a profissionais, estudantes e interessados em saúde e tecnologia, este livro oferece uma introdução acessível e inspiradora ao fascinante universo das inovações em saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01	1
AS MÍDIAS DIGITAIS COMO FERRAMENTAS NOS PROCESSOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM PARA ALUNOS COM DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	
Michelle Firmiano da Rocha Ewald	
DOI: 10.54751/edfoco.978-65-83117-11-3_1	
CAPÍTULO 02	20
PENSANDO EM UM CRITÉRIO DE RELEVÂNCIA PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE	
Douglas Francisco Kovaleski	
Zeno Carlos Tesser Junior	
Francieli Regina Bortoli	
Bruna Lima Selau	
Marina Bastos Paim	
Pablo Martín Ferrari Gaibazzi	
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior	
Gabriela dos Santos Pedroso	
Pedro Paulo Scremin Martins	
DOI: 10.54751/edfoco.978-65-83117-11-3_2	
CAPÍTULO 03	43
REVISITANDO CONCEITO DE VALOR NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	
Douglas Francisco Kovaleski	
Zeno Carlos Tesser Junior	
Francieli Regina Bortoli	
Bruna Lima Selau	
Marina Bastos Paim	
Pablo Martín Ferrari Gaibazzi	
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior	
Gabriela dos Santos Pedroso	
Pedro Paulo Scremin Martins	
DOI: 10.54751/edfoco.978-65-83117-11-3_3	



CAPÍTULO 02

PENSANDO EM UM CRITÉRIO DE RELEVÂNCIA PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Douglas Francisco Kovaleski

Doutor em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: douglas.kovaleski@ufsc.br

Zeno Carlos Tesser Junior

Doutor em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: zenotjunior@gmail.com

Francieli Regina Bortoli

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: fran_bortoli@yahoo.com.br

Bruna Lima Selau

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: blselau@gmail.com

Marina Bastos Paim

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: marinabastosp@gmail.com

Pablo Martín Ferrari Gaibazzi

Especialista em Saúde Pública

Instituição: Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de Cuyo

Endereço: Av. Ruiz Leal s/n, Parque General San Martín, CP 5500, Mendoza, Argentina.

E-mail: pferrari@mendoza-conicet.gob.ar

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior

Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Gabriela dos Santos Pedroso

Mestra em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: gabrielasantospedroso@gmail.com

Pedro Paulo Scremen Martins

Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Enfermagem e mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Endereço: Florianópolis, SC, CEP: 88035-972

E-mail: ppscreminmartins@gmail.com

RESUMO: Este estudo parte das dificuldades enfrentadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com obstáculos que, em grande medida, estão relacionados à qualidade da gestão do sistema. O objetivo deste trabalho é propor a relevância como um critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde. Parte-se do pressuposto de que a relevância é o critério de base social que deve orientar as decisões estratégicas da gestão, indo além das questões rotineiras, com vistas à ampliação do acesso, à promoção da equidade e ao impacto social. Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão de escopo, buscando artigos que abordam a relevância na gestão pública em saúde, com auxílio da hermenêutica para análise, interpretação e síntese dos achados. Este capítulo propõe um critério de avaliação no qual a gestão pública em saúde deve possuir três atributos essenciais para ser considerada de qualidade sob o critério da relevância: governança, produção da equidade e humanização. Como resultados, afirma-se que, para a gestão pública em saúde ter qualidade, é necessário que: 1º promova equidade, orientada pela ampliação do acesso e inclusão social; 2º apresenta governança, voltada para o impacto social positivo sobre as populações, para a legitimidade social e para a integração de políticas em prol da preservação ambiental; e 3º busque a humanização, orientada pela qualidade de vida e por ações intersetoriais de apoio.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação em saúde, equidade, governança, humanização, relevância.

ABSTRACT: This study starts from the difficulties faced in consolidating the Unified Health System (SUS) in Brazil. Obstacles that, to a large extent, are in

the quality of system management. This article aims to propose relevance as a criterion for evaluating the quality of health management. To achieve this, the assumption is that

relevance is the social-based criterion that should guide strategic management decisions beyond routine issues, aiming to expand access, produce equity and social impact. This study was developed through a scoping review to search for articles that address the relevance in public health management with the help of hermeneutics for analysis and interpretation and synthesis of findings. Thus, this article proposes the evaluation criterion, in which public health management must have three essential attributes to be considered quality under the relevance criterion: governance, production of equity and humanization. As results, it is stated that for public health management to have quality it is necessary that it: 1st produces equity, guided by the expansion of access and social inclusion; 2nd presents governance, oriented towards positive social impact on populations, social legitimacy and the integration of policies in favor of environmental preservation; and 3rd, seek humanization, guided by quality of life and intersectoral support actions.

KEYWORDS: health evaluation, equity, humanization, governance, relevance.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo surge das dificuldades enfrentadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com obstáculos que, em grande medida, estão relacionados à gestão do sistema. A descentralização transformou mais de 5.550 pessoas envolvidas com a área da saúde em gestores municipais — agentes decisivos na condução das políticas de saúde, uma vez que são responsáveis por grande parte das decisões. A gestão do SUS enfrenta obstáculos estruturais, relacionados a condições econômicas e sociais adversas, além de desafios decorrentes da orientação política adotada por esses gestores.

O objetivo deste estudo é propor a relevância como critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde pública, com foco na gestão do SUS, buscando contribuir para seu aprimoramento. Assume-se uma avaliação engajada com as demandas sociais, voltada para a tomada de decisões estratégicas.

A meta da avaliação em saúde, no contexto aqui assumido, é integrar, em um novo esquema, o melhor das atividades e recursos existentes nos programas, ações ou sistemas, modificando o que não é eficaz ou não está alinhado com a direção política almejada, além de aprender a partir da experiência.

A avaliação da gestão em saúde, conforme abordada nesta pesquisa, é direcionada para o fortalecimento do SUS. Diante da constatação da ausência de uma direção política clara nesse sentido, propõe-se a relevância como critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde.

O estudo foi conduzido por meio de uma revisão de escopo, com caráter interpretativo, apoiado na hermenêutica. O texto está dividido em introdução, referencial teórico, metodologia, e os resultados foram organizados em três eixos temáticos, subdivididos em assuntos relacionados: I) governança (impacto social, legitimidade social e proteção ao meio ambiente); II) promoção da equidade (ampliação do acesso e inclusão social); e III) humanização (ações intersetoriais e qualidade de vida).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Devido ao resgate conceitual que o texto propõe, partindo do critério de relevância proposto por Benno Sander, ainda na década de 1980, para avaliação das políticas de educação, adaptado para a avaliação de políticas de saúde por Kovaleski (2012), alguns saltos temporais podem ser percebidos ao longo do texto.

A relevância (do verbo latino *relevare*, levantar, salientar, valorizar) é um critério humanístico que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor. O critério da relevância possibilita a seleção de objetivos da gestão pública, definindo o desenvolvimento humano e a qualidade de vida (Sander, 1981).

A relevância, enquanto critério de avaliação da gestão ou referencial orientador da tomada de decisão na gestão pública do SUS, busca ampliar o olhar sobre o campo da saúde. Essa ampliação está articulada com características culturais e valores éticos que definem o desenvolvimento humano sustentável e a qualidade de vida (Colussi, 2010).

A relevância sugere uma relação de pertinência e de ligação com algo ou alguém. No contexto da gestão em saúde, implica uma ligação entre a gestão e o impacto social que ela gera, resultando em qualidade de vida (Sander, 1995).

O conceito de relevância utilizado neste trabalho é compreendido como um critério de base social que orienta as decisões estratégicas da gestão para além das questões rotineiras, visando ampliar o acesso, promover equidade e alcançar o melhor impacto social possível para a população (Kovaleski, 2012).

Segundo Silva et al. (2022), a gestão em saúde pública no Brasil tem sido precária, apresentando baixa qualidade, dificuldades de acesso e grande dificuldade em abordar os problemas mais relevantes. Como agravante, a ciência tem sido veementemente negada. Outro fator crítico é a clássica descontinuidade das políticas públicas, característica da cultura política do país.

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de escopo da literatura (*scoping review*), segundo o referencial metodológico de Arksey & O'Malley (2005), com a

atualização de Levac et al. (2010). Conforme nossos propósitos, esse modelo de revisão inclui cinco fases principais: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; (5) agrupamento, resumo e relato dos resultados.

Seguindo essa estrutura metodológica, a pergunta de pesquisa foi: como a relevância pode ser definida como critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde? Nossa hipótese era que a consideração da relevância como critério primordial na gestão orientaria as decisões estratégicas para uma abordagem mais inclusiva e socialmente responsável.

A busca por estudos relevantes inclui a consulta aos bancos de dados da PubMed, Scielo, Scopus e Web of Science. O Google Acadêmico também foi utilizado, sendo analisados os cem primeiros resultados. As buscas foram realizadas em abril de 2019 e atualizadas em novembro de 2023. As palavras-chave “relevância” e “relevância em saúde” foram combinadas com “governança”, “equidade” e “humanização”.

No que diz respeito à seleção, os artigos foram incluídos se abordassem gestão pública em saúde, estivessem escritos português, espanhol ou inglês e fossem de acesso livre. Foram excluídos artigos que discutiam relevância em outros campos da saúde que fora do escopo desta pesquisa, como, por exemplo, “relevância clínica”.

Inicialmente, dois revisores avaliaram todos os artigos quanto aos critérios de inclusão e exclusão, baseando-se nos títulos e resumos. Todos os artigos foram revisados de forma independente (às cegas); divergências foram resolvidas por um terceiro revisor. Os artigos remanescentes foram selecionados com base na leitura integral e revisados de forma independente por pelo menos dois revisores. Quaisquer discordâncias foram resolvidas por consenso entre os três revisores. As listas de referências dos artigos incluídos foram examinadas em busca de literatura adicional. A etapa de inclusão e exclusão dos artigos foi conduzida utilizando o software Rayyan.

Foram identificados 215 estudos. Após a exclusão de 42 artigos duplicados, restaram 173 estudos. Destes, 112 foram excluídos após a análise de títulos e resumos. Dos 61 artigos restantes, 35 foram excluídos após a leitura integral. Dos 21 artigos selecionados, o mapeamento dos dados foi realizado por meio da identificação de grupos temáticos e subtemas. Os grupos

temáticos e subtemas identificados foram os seguintes: governança, subdividida em: a) impacto social, b) legitimidade social, c) proteção ao meio ambiente; promoção de equidade: a) ampliação do acesso, b) inclusão social; humanização: a) ações intersetoriais de apoio, b) qualidade de vida.

No agrupamento, resumo e relato dos resultados, foi adotada uma abordagem hermenêutica, utilizando as obras de Benno Sander (1981, 1982, 1995) como referência. Essa escolha se fundamenta nas ciências hermenêuticas, validadas pelo consenso quanto à coerência e ao sentido das proposições (Ayres, 2005). A hermenêutica é reconhecida como a arte de compreender, interpretar e traduzir conhecimentos obscuros (Besse; Boissière, 1998).

Nessa perspectiva, o contexto e os interesses orientam o pesquisador, revelando o objeto de estudo por meio de suas indagações (Gadamer, 1997). A fusão entre passado e presente é essencial para a compreensão do objeto de pesquisa, com a construção do conhecimento dependendo da interpretação e do significado atribuído, guiado pelo raciocínio prático e conectado com a realidade (Ayres, 2005).

Essa abordagem metodológica permitiu uma análise profunda e contextualizada, indo além das informações superficiais e explorando as relações entre conceitos, seus contextos e implicações práticas. Dessa forma, contribuiu significativamente para enriquecer as discussões e compreender de maneira abrangente o tema em estudo.

4. RESULTADOS

Optou-se por apresentar os resultados em subitens que representam núcleos temáticos que organizam, de maneira comprehensiva, os achados.

4.1 GOVERNANÇA

O termo “governança” tem sua origem etimológica no grego *kibernan* (guia, piloto) e está associado à ideia de bom governo. Este termo emerge, segundo Shimizu et al. (2021), no final dos anos 1980, a partir de concepções desenvolvidas por agências financeiras internacionais, principalmente o

Banco Mundial, visando compreender as condições propícias para um Estado efetivo¹. Esta elaboração sobre a governança tira a ênfase dada anteriormente às questões puramente econômicas da ação estatal para uma visão ampliada, que considera aspectos sociais e políticos da gestão pública.

O termo “governança” expressa um novo enfoque da gestão pública no cenário político. Nesse novo contexto, há uma preocupação em ampliar a visão da gestão, abrangendo as estruturas institucionais, as políticas, os processos decisórios e as regras formais e informais. Esses aspectos estão relacionados a temas de interesse público, como a forma pela qual as decisões são tomadas e como se propicia a participação dos cidadãos (Shaw; Sekalala, 2023).

De acordo com Debie, Khatri e Assefa (2022), as principais características que definem a relevância da gestão no enfoque da governança são: — as ações de saúde estarem sob responsabilidade do Estado; a orientação dos demais critérios (como eficiência, eficácia e efetividade) na tomada de decisão; a produção de impacto social sobre os indicadores de saúde e sobre a qualidade de vida das pessoas; a apresentação da legitimidade social; a promoção do desenvolvimento social e econômico; e a consideração das questões ambientais, promovendo o desenvolvimento sustentável e ambientes saudáveis.

A partir das concepções de governança mencionadas, foram eleitos atributos capazes de refletir a relevância sob o enfoque da governança na gestão em saúde, a saber: impacto social, legitimidade social e proteção ao meio ambiente.

4.1.1 Impacto Social

Embora os autores do campo da Saúde Coletiva utilizem com frequência os termos “impacto” ou “impacto social”, percebe-se uma debilidade em sua definição. Poucos estudos conceituam impacto social.

O artigo de Lee (2020) considera o impacto um atributo essencial da avaliação em saúde, sinônimo de efetividade ou efeito real de uma ação, ou do sistema de saúde sobre uma população. A autora faz uma pequena diferenciação, indicando que o impacto seria um efeito de longo prazo, enquanto a efetividade refere-se a resultados de curto prazo.

Mouratidis (2021) relaciona o impacto social à redução da taxa de

mortalidade e à melhoria na qualidade de vida das populações.

O impacto social pode ser abordado a partir da conceituação de *responsiveness* realizada por Minaia Asca (2023). Para esse autor, *responsiveness* se refere à capacidade técnica de saber o que é melhor para a sociedade na tomada de decisões em gestão. Na busca de resultados, a gestão precisa tomar decisões que satisfaçam não apenas as expectativas da população, mas que também estejam fundamentadas no conhecimento acumulado pela Saúde Coletiva.

Com base no exposto, este estudo propõe o atributo “impacto social” como: a variação positiva nos indicadores de saúde de uma população, como resultado das intervenções. Isso inclui a consideração da satisfação dos usuários e das subjetividades dos envolvidos nos serviços de saúde, estando pautado, prioritariamente, no campo de conhecimento da Saúde Coletiva.

4.1.2 Legitimidade Social

A questão da legitimidade é fundamental para a governança. Enquanto a governança diz respeito às ações da sociedade civil, é relevante definir como se darão os processos democráticos.

A legitimidade social expressa o caráter democrático da governança. Não basta que as decisões estratégicas e a formulação das políticas de saúde tenham a participação de representantes da sociedade civil para serem consideradas legítimas; é necessário que as organizações envolvidas e seus respectivos representantes possuam legitimidade junto às suas bases (Bosongo, 2023)

Uma abordagem recorrente da legitimidade é o conceito de *accountability* ou responsabilidade governamental, entendida como a qualidade dos governos de estarem à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos (Hoeyer, Bauer, Pickersgill, 2019). Para esses autores, *accountability* é a subordinação do governo ao interesse público. Desta forma, *accountability* reflete o empenho do gestor em detectar e seguir o interesse coletivo, conforme expresso pela sociedade (Hoeyer, Bauer, Pickersgill, 2019).

No escopo desta pesquisa, com base na literatura consultada, definimos o atributo “legitimidade social” como: a capacidade que a gestão em saúde

possui de criar identidade com os usuários e demais envolvidos nas suas ações, por meio de processos democráticos e participativos.

4.1.3 Proteção ao meio ambiente

Apesar dos investimentos e do desenvolvimento da atenção à saúde no Brasil, persiste o grande desafio de integrar as políticas de saúde com questões ambientais e a emergência climática global.

A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças ambientais sobre a saúde, bem como a construção de ambientes que promovam e favoreçam a saúde — como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade — são questões centrais na agenda da saúde (Gautam; Hens, 2020).

Segundo Mahara et al. (2021), há uma grande demanda da população para que as ações de saúde se voltem para o cuidado com a água, o lixo, o saneamento, entre outros aspectos ambientais. Autores destacam ser fundamental que o planejamento de políticas de saúde seja orientada para a construção de espaços saudáveis, de modo que a atenção em saúde não se limite aos saberes médico-científicos voltados para a medicalização e exclusivamente focados na assistência curativa individual.

A relação entre saúde e meio ambiente está presente na própria conceituação de Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) definida pelo Ministério da Saúde: “a ampliação deste conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente” (Brasil, 2006).

No escopo desta pesquisa, com base na literatura consultada, definimos o atributo “proteção ao meio ambiente” como: a direção adotada pela gestão em saúde para integrar políticas sociais e ambientais, promovendo ambientes mais saudáveis e sustentáveis. Esse atributo visa garantir não apenas a preservação dos recursos naturais, mas também a melhoria das condições de vida, do convívio social, e o bem-estar da população.

4.2 PRODUÇÃO DA EQUIDADE

A produção da equidade constitui-se numa preocupação fundamental para a gestão pública em saúde devido à estreiteza da relação entre saúde e condições materiais de vida. Essas condições têm sido historicamente verificadas a partir da renda, escolaridade e inserção no mercado de trabalho, componentes que geralmente sintetizam o nível socioeconômico das pessoas, famílias ou coletividades (Etheridge, 2002).

Além da importância do nível socioeconômico na condição de saúde, é essencial que os gestores considerem a relação entre o grau de desigualdades sociais e a condição de saúde dos grupos sociais (Martin Roncero, 2023).

O conceito de equidade em saúde é discutido por Whitehead (1992), segundo o qual equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de alcançar seu pleno potencial de saúde, sem que ninguém fique em desvantagem de atingir esse objetivo.

Outro conceito importante de equidade em saúde é apresentado por Patterson et al. (2023), que sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades, e que o nível de saúde observado entre essas pessoas não deveria ser influenciado por fatores além do seu controle. Iniquidades ocorrem quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas, como renda, educação e etnia, têm acesso desigual a serviços de saúde ou apresentam diferenças nas condições de saúde. Essas diferenças são consideradas injustas quando resultam de escolhas limitadas, acesso desigual a recursos de saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde (Patterson, 2023).

Visando operacionalizar a gestão orientada para a equidade, recorremos à *perspectiva da capacidade* desenvolvida por Oliveira et al. (2022). Segundo essa perspectiva, a realização individual e social de bem-estar nas sociedades contemporâneas deve deslocar o foco dos meios tradicionais de comparação, como acesso a bens de consumo e renda, para as “capacitações” para realizar os *funcionamentos* necessários ao alcance do bem-estar. Essas “capacitações” são as oportunidades que o aparelho estatal deve viabilizar, por meio de políticas sociais, isto é, as condições subjetivas e objetivas para a realização dos indivíduos.

Com base na pesquisa, propõe-se dois atributos fundamentais para avaliação da gestão, sob o enfoque da equidade: ampliação do acesso aos serviços de saúde e inclusão social.

4.2.1 Ampliação do acesso aos serviços de saúde

É consenso na literatura que o acesso aos serviços de saúde é uma característica fundamental da oferta de serviços para explicação do padrão de qualidade e utilização do sistema de saúde. Entretanto, o termo “acesso” é frequentemente empregado de forma imprecisa, variando entre autores e que mudou ao longo do tempo (Chen, 2023).

Acessibilidade é um dos aspectos da oferta de serviços e está relacionada à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Para esse autor, acessibilidade é mais abrangente do que a simples disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, pois se refere às características dos serviços e recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso. Coombs (2021) distingue a acessibilidade sob duas perspectivas: a sócio-organizacional e a geográfica

A avaliação da equidade no acesso apenas se completa e torna-se concreta quando se consideram fatores individuais para explicar o uso de serviços de saúde, enquanto a presença de limitadores de acesso que não sejam relacionados à necessidade de saúde ou fatores demográficos, indica uma situação de iniquidade (Blume, 2022).

A Organização Mundial da Saúde propôs um novo indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde: a *cobertura efetiva*, medida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento/serviço de saúde e que o recebe efetivamente (Who, 1998).

Mcmaughan, Oloruntoba e Smith (2020), em uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, concluíram que o acesso está relacionado ao desempenho dos sistemas de saúde, vinculado à oferta. Esses autores destacam a tendência de ampliação do escopo na avaliação do acesso, que agora avalia não apenas a entrada, mas também considera a qualidade do cuidado. Contudo, eles alertam para a importância de manter distinções entre acesso, uso de serviços de saúde, continuidade do cuidado (ou

longitudinalidade) e efetividade do atendimento. Isso porque cada um destes processos possui um modelo explicativo distinto.

Concordamos com a necessidade dessas distinções, pois cada etapa da atenção em saúde, seja na promoção, prevenção ou reabilitação, precisa ser adequadamente localizada para a gestão poder atuar objetivamente em cada aspecto, planejando, avaliando e melhorando a qualidade dos serviços.

O estudo de Smith et al. (2019), que avaliou o acesso a serviços de saúde, empregou dois indicadores: 1) percentual de pessoas que procuram um mesmo serviço de saúde quando necessitam de atendimento; e 2) frequência de consultas médicas e odontológicas nos últimos 12 meses.

Com base no exposto, consideramos a ampliação do acesso um atributo de relevância para a gestão em saúde. A ampliação do acesso refere-se à entrada nos serviços e deve ocorrer por meio de uma relação adequada entre as necessidades de saúde de cada comunidade e a quantidade e qualidade de profissionais e recursos disponibilizados pelo sistema público de saúde. Uma política pública de saúde deve atentar-se para a localização das unidades de saúde e para as condições de transporte, favorecendo o acesso dos usuários aos serviços.

No escopo desta pesquisa, com base na literatura consultada, definimos a ampliação do acesso como: a direção dada pela gestão para adequar a relação entre as necessidades de saúde de cada comunidade e a quantidade e qualidade de profissionais e recursos disponíveis, além de proporcionar a localização adequada das unidades de saúde e transporte adequado para favorecer o contato do usuário com os serviços oferecidos.

4.2.2 Inclusão Social

Sob o enfoque da equidade, entendemos que o sistema de saúde deve atuar para compensar desigualdades sociais, étnicas, culturais, de gênero e de saúde.

Não é suficiente conferir igualdade na alocação de recursos em saúde; é necessário que políticas afirmativas atuem para amenizar desigualdades historicamente reproduzidas.

A clássica definição de iniquidades de Margareth Whitehead (1992, p. 38)

sustenta que “iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis, que são, ao mesmo tempo, consideradas injustas e indesejáveis”.

O SUS preconiza a distribuição de recursos financeiros baseados em critérios como: perfil demográfico, características qualitativas e quantitativas da rede de serviços, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos, perfil epidemiológico da população; desempenho técnico-econômico no período anterior; previsão de plano quinquenal de investimentos na rede; resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (Scavazza; Dos Santos, 2022).

O debate entre universalização e focalização de recursos no campo das políticas sociais — incluindo o setor da saúde — é antigo e tem forte argumentação tanto de um lado como do outro, mas é necessário considerar a inclusão social e o acesso aos serviços de saúde sob a ótica da cidadania e justiça social. No caso das políticas de saúde é importante lembrar que a saúde de um indivíduo depende da saúde dos demais. Argumenta-se que, devido a esse efeito, tanto estratégias de focalização podem gerar impactos universais quanto a universalização pode ser eficiente para beneficiar grupos populacionais específicos ou vulneráveis (Yanti, 2020).

O maior obstáculo à universalização é a escassez de recursos, pois o público-alvo dos programas universais geralmente é extenso, representando uma sobrecarga para os orçamentos das políticas sociais. Quando não é possível aumentar esses orçamentos, uma das medidas para evitar essa sobrecarga é reduzir os custos dos serviços prestados, o que pode resultar na diminuição da qualidade desses serviços. A opção pela focalização pode garantir a prestação de serviços de qualidade para os mais vulneráveis (Ehmann, 2021).

Grande parte dos critérios que orientam a distribuição proporcional baseiam-se em escalas de valores: “a cada um segundo o próprio merecimento” define o mérito como critério, sendo este objeto de avaliação subjetiva. A distribuição desigual correspondente a diferenças relevantes é um conceito avaliativo, subjetivo e valorativo, que justifica distribuições desiguais na tentativa de produzir justiça, buscando alterar uma distribuição anterior cujo resultado foi considerado injusto (Ehmann, 2021).

Segundo Ford (2021), é possível reduzir desigualdades por meio de políticas setoriais, mesmo em contextos de grandes e conhecidos desniveis

sociais, sendo a concentração de renda o exemplo mais emblemático. Políticas formais ou informais podem, por exemplo, selecionar pacientes com base em sua condição social, situação econômica ou diagnóstico.

Com base no exposto, para que a gestão em saúde seja relevante sob o enfoque da produção da equidade, é necessário que ela esteja orientada para a inclusão social, fundamentada nos princípios de justiça social e cidadania.

No escopo dessa pesquisa e com base na literatura pesquisada, define-se inclusão social como: a direção dada pelo gestor no sentido de compensar desigualdades sociais injustas e evitáveis, priorizando a atenção aos mais necessitados.

4.3 HUMANIZAÇÃO

A humanização está diretamente relacionada aos seres humanos, aspecto comumente negligenciado na condução de grande parte das políticas públicas. As políticas econômicas, equivocadamente, têm como meta principal produzir crescimento ou estabilidade monetária, mas, em geral, ignoram as condições de vida das pessoas. A organização do espaço urbano, onde vive a maioria da população, também desconsidera o bem-estar dessas pessoas (Ford, 2021). No caso das políticas de saúde, é comum a redução das pessoas a objetos manipuláveis pela clínica ou pela saúde pública.

O humanismo aos ideais partilhados pelos seres humanos, bem como aos pelos valores vigentes nas coletividades. A humanização se materializa na qualidade da atenção à saúde, considerando as necessidades, desejos e interesses dos envolvidos com os serviços. A reflexão humanística enfoca problemas e necessidades sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos e nas ações relativas à atenção em saúde (Perez Fuentes et al., 2019).

Humanizar a atenção à saúde é compreender cada pessoa em sua singularidade, reconhecendo suas necessidades específicas e criando condições para que ela exerça sua autonomia. É tratar as pessoas respeitando seus valores, favorecendo a construção da dignidade de cada um. É conceber a saúde de forma relacional, sem cair na redução instrumental. Nesse sentido, Merhy afirma que as principais queixas das pessoas sobre o atendimento

recebido dos profissionais da saúde não se referem à falta de conhecimento tecnológico, mas sim à falta de interesse e responsabilidade em relação a elas e aos seus problemas, o que as leva a se sentirem desinformadas, desprotegidas, desprezadas e desrespeitadas (Merhy, 2021, p. 59).

Em 2003, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta com o objetivo expandir a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS — HumanizaSUS. O HumanizaSUS trouxe avanços em relação às propostas anteriores, por incorporar ao conceito de humanização aspectos voltados para os usuários e para o *cuidar do cuidador*. Neste mesmo sentido, amplia a visão da humanização ao enfatizar a necessidade de melhorar aspectos organizacionais dos serviços de saúde. Esses aspectos organizacionais constituem a base material da humanização, pois sem eles não há atendimento humanizado.

A humanização revisita a necessidade de solidariedade e de apoio social, evidenciando a contradição vivida pelos gestores entre a racionalidade econômica e administrativa e a construção de políticas públicas centradas na dimensão humana.

Esta pesquisa propõe dois atributos essenciais para que a gestão em saúde seja relevante sob o enfoque da humanização: ações intersetoriais de apoio e qualidade de vida. Esses atributos foram pensados a partir do enfoque já definido nesse trabalho, de que a humanização é um refinamento na qualidade dos serviços de saúde; ela só se manifesta se o serviço exibir governança e equidade. Em outras palavras, do ponto de vista da gestão cotidiana, é mais importante que as pessoas tenham acesso e impacto sobre sua saúde, para que, posteriormente, o serviço de saúde considere as questões culturais envolvidas na humanização das práticas. Ou seja, no espectro da relevância, são discutidos dois atributos que, embora mais restritos, se preocupam — uma vez vencidas as questões mais relevantes em estender benefícios e confortos que aumentem a dignidade e autonomia dos indivíduos.

4.3.1 Ações intersetoriais de apoio

Segundo De Leeuw (2022), a intersetorialidade é um processo de construção coletiva, que exige a abertura de cada setor envolvido para dialogar

em prol da qualidade de vida da população. A intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação de ações para alcançar um efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (De Leeuw, 2022).

O entendimento de que a tarefa das políticas sociais é suprir necessidades humanas revisita, mais uma vez, a necessidade de uma visão integrada onde sejam aumentadas as possibilidades de autonomia dos sujeitos. A autonomia dos sujeitos implica em co-responsabilização pelo cuidado de si, dos outros e do ambiente, de forma intersetorial, promovendo a autogestão, sem reduzir as responsabilidades do Estado quanto às condições de vida (Fittipaldi; O'dwyer; Henriques, 2021).

O trabalho intersetorial tem como base o conceito ampliado de saúde e as relações que a saúde estabelece com as diversas áreas do saber. Dessa forma, a intersetorialidade encontra suas possibilidades de realização na promoção da saúde e na concepção de saúde em todas as políticas. A promoção da saúde não como um discurso teórico da gestão ou da Saúde Coletiva (enquanto campo do saber), mas como ação produtora da autonomia dos sujeitos e coletividades, visando a diminuição do sofrimento, o estímulo à criatividade, à solidariedade e à satisfação de necessidades e desejos das pessoas.

A promoção da saúde é uma resposta importante ao destacar ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento de problemas quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia e ao uso de drogas (Fittipaldi; O'dwyer; Henriques, 2021).

Segundo Oliveira et al. (2022), há um consenso discursivo e um dissenso prático no caso da intersetorialidade. O dissenso provém da necessidade de intervir em uma realidade complexa por meio de estruturas estatais disciplinares, orientadas por gestões fruto de negociações político-partidárias. Nessa perspectiva, os diversos setores das políticas sociais necessitam de possibilidades de atuação focadas na dimensão humana das relações profissionais, especialmente aquelas relacionadas à autonomia, à justiça e ao respeito à dignidade humana (Oliveira et al., 2022).

Com base no exposto, propomos que a construção de uma vida saudável não se restringe à saúde, mas depende da interação entre as diversas políticas

sociais por meio da intersetorialidade — definida como o conjunto de ações da gestão voltadas para o diálogo e a atuação conjunta com outras áreas sociais —, visando melhorar a qualidade da gestão em saúde.

4.3.2 Qualidade de vida

Segundo Kaplan e Hays (2022), o entendimento de qualidade de vida possui três vertentes principais: a primeira está relacionada às condições materiais de vida, como renda, escolaridade e saúde, medidas por indicadores como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a expectativa de vida ao nascer. A segunda inclui o desenvolvimento sustentável e questões subjetivas, que avaliam o que as pessoas pensam ou sentem sobre suas vidas. Já a terceira vertente considera as insuficiências das abordagens anteriores e inclui questões políticas e de direitos sociais.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, associada ao grau de satisfação com a vida familiar, social e ambiental, bem como à estética existencial. Pressupõe a capacidade de síntese culturalmente os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (Kaplan; Hays, 2022).

Segundo Lakomy e Alvarez-Galvez (2022), em todas as sondagens sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, são componentes essenciais dessa concepção. Setyowibowo (2018) alertam para a necessária diferenciação entre qualidade de vida e estado de saúde, argumentando que a qualidade de vida é mais abrangente, enquanto o estado de saúde é mais restrito em termos conceituais e temporais. O mesmo autor apresenta quatro fatores que na autopercepção da qualidade de vida: (a) físico — percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológico — percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) relacionamento social — percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e papéis sociais (d) ambiente — percepção sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente em que vive.

Entendemos a qualidade de vida como uma síntese de fatores sociais, biológicos, ambientais e culturais. Um conceito amplo, mas que, no âmbito da gestão em saúde, encontra na promoção da saúde sua principal possibilidade de estímulo, apesar dos reconhecidos limites.

Optamos por uma definição mais restrita, uma vez que nos referimos à gestão pública em saúde. Não é viável abordar todo o leque de questões sociais envolvidas na qualidade de vida como obrigação do setor saúde. Propomos um conceito que auxilie a gestão pública em saúde na tomada de decisões, de modo que se leve sempre em consideração a atenção ao usuário, no nível das relações humanas e da subjetividade.

Em síntese, no escopo desta pesquisa, qualidade de vida é a direção dada pela gestão pública para estimular o bem-estar das pessoas, produzindo no usuário, no profissional e no sistema de saúde a percepção de que o cuidado prestado foi o melhor possível.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste estudo, conforme proposto desde o início, é a definição conceitual do que constitui a relevância enquanto critério de avaliação da gestão em saúde. Assim, para que a gestão pública em saúde tenha a qualidade, sob o critério da relevância, é imprescindível que ela:

1º) Promova equidade, orientada pela ampliação do acesso e da inclusão social. 2º) Apresente governança, voltada para o impacto social positivo sobre as populações, para a legitimidade social da gestão e para a integração das políticas de modo a promover ambientes saudáveis. 3º) Busque a humanização, com ações intersetoriais de apoio e pela promoção da qualidade de vida na produção da saúde.

Essas características da gestão em saúde não são fixas dos contextos em que estas políticas estão inseridas, desde o cenário internacional até aspectos de culturais. No entanto, acima de tudo, essas características envolvem uma axiologia na avaliação da gestão das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International journal of social research methodology**, vol. 8, n. 1, 2005.
- AYRES, J.R.C.M. "Hermenêutica e humanização das práticas de saúde". **Ciência e Saúde coletiva**, vol. 10, n.3, 2005.
- BESSE, J.M.; BOISSIÈRE, A. **Précis de philosophie**. Paris: Nathan, 1998.
- BLUME, Arthur W. Health Inequity and COVID-19. In: **Colonialism and the COVID-19 Pandemic**. Springer: Cham, 2022.
- BOSONGO, Samuel et al. How capacity building of district health managers has been designed, delivered and evaluated in sub-Saharan Africa: a scoping review and best fit framework analysis. **BMJ open**, vol. 13, n. 8, 2023.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- CHEN, Lingwei et al. The contributions of population distribution, healthcare resourcing, and transportation infrastructure to spatial accessibility of health care. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 60, 2023.
- COLUSSI, Claudia Fleming et al. Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde. **Revista de Enfermagem**, vol. 6, n. 6, 2010.
- COOMBS, Nicholas C. et al. Barriers to healthcare access among US adults with mental health challenges: a population-based study. **SSM-population health**, vol. 15, 2021.
- DE LEEUW, Evelyne. Intersectorality and health: a glossary. **J Epidemiol Community Health**, vol. 76, n. 2, 2022.
- DEBIE, Ayal; KHATRI, Resham B.; ASSEFA, Yibeltal. Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: a narrative review and synthesis of the literature. **Health research policy and systems**, vol. 20, n. 1, 2022.
- EHMANN, Michael R. et al. Operational recommendations for scarce resource allocation in a public health crisis. **Chest**, vol. 159, n. 3, 2021.
- ETHERIDGE, Kimberlee Wyche et al. Strategies to operationalize health equity in state and territorial health departments. **Journal of Public Health Management and Practice**, vol. 28, n. 4, 2022.
- FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES,

Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 25, 2021.

FORD, John et al. Transforming health systems to reduce health inequalities. **Future Healthcare Journal**, vol. 8, n. 2, 2021.

GADAMER, H. G. **Verdade e método:** traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

GAUTAM, Sneha; HENS, Luc. COVID-19: impact by and on the environment, health, and economy. **Environment, Development and Sustainability**, vol. 22, 2020.

HOEYER, Klaus; BAUER, Susanne; PICKERSGILL, Martyn. Datafication and accountability in public health: Introduction to a special issue. **Social Studies of Science**, vol. 49, n. 4, 2019.

KAPLAN, Robert M.; HAYS, Ron D. Health-related quality of life measurement in public health. **Annual review of public health**, vol. 43, 2022.

KOVALESKI, Douglas Francisco. **A relevância como critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde pública.** (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva). Florianópolis: UFSC, 2012.

LAKOMÝ, Martin; ALVAREZ-GALVEZ, Javier. Formation of the quality of life index in Western and Eastern Europe within the sociological context. **European Chronicle**, vol. 7, n. 3, 2022.

LEE, Haeok et al. The concepts of health inequality, disparities, and equity in the era of population health. **Applied Nursing Research**, vol. 56, 2020.

LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation science**, vol. 5, 2010.

MAHARA, Gehendra et al. Assessment on the impact on human health, environment, water, and soil by disposing household expired drugs: a cross-sectional study in China. **Risk Management and Healthcare Policy**, 2021.

MARTÍN RONCERO, Unai. **Migraciones internas y desigualdades sociales en salud:** el caso de las migraciones hacia la Comunidad Autónoma del País Vasco en las décadas de 1950 a 1970. 2023.

MCMAUGHAN, Darcy Jones; OLORUNTOBA, Oluyomi; SMITH, Matthew Lee. Socioeconomic status and access to healthcare: interrelated drivers for healthy aging. **Frontiers in public health**, vol. 8, 2020.

Merhy, E. E. (2021). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. EDUNLA Cooperativa.

MINAYA ASCA, Ahmes Harrison. **Responsabilidad social sobre prevención de la tuberculosis en personal de salud del Centro de Salud Aparicio**

Pomares-Huánuco. (Tese de Doutorado em Enfermagem). Huánuco: UDH, 2023.

MOURATIDIS, Kostas. Urban planning and quality of life: A review of pathways linking the built environment to subjective well-being. **Cities**, vol. 115, 2021.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; MAGALHÃES, Milena. Percurso da implantação da política nacional de saúde integral da população negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, vol. 39, 2022.

PATTERSON, Tiffany et al. Expedited transfer to a cardiac arrest centre for non-ST-elevation out-of-hospital cardiac arrest (ARREST): a UK prospective, multicentre, parallel, randomised clinical trial. **The Lancet**, vol. 402, n. 10410, 2023.

PEREZ-FUENTES, Maria del Carmen et al. The development and validation of the healthcare professional humanization scale (HUMAS) for nursing. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, vol. 16, n. 20, 2019.

SANDER, B. **Administração da Educação no Brasil: evolução do conhecimento**. Fortaleza: Edições UFC, 1981.

SANDER, B. "Administração da educação no Brasil: é hora da relevância". **Educação Brasileira**, vol. 4, n. 9, 1982.

SANDER, B. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas: Autores Associados, 1995.

SCAVAZZA, Maíra Andrade; DOS SANTOS, Ronaldo Teodoro. Desafios na distribuição de recursos financeiros federais e a mudança do modelo de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, vol. 14, 2022.

SETYOWIBOWO, Hari et al. Quality of life and health status of Indonesian women with breast cancer symptoms before the definitive diagnosis: A comparison with Indonesian women in general. **PloS one**, vol. 13, n. 7, 2018.

SHAW, James; SEKALALA, Sharifah. Health data justice: building new norms for health data governance. **NPJ Digital Medicine**, vol. 6, n. 1, 2023.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, 2021.

SILVA, João Felipe Tinto et al. Saúde pública brasileira: barreiras na gestão e no acesso dos serviços de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 5, n. 2, 2022.

SMITH, Megan Sambrook et al. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of

qualitative studies in the UK. **BMJ open**, vol. 9, n. 1, 2019.

WHITEHEAD, M. "The concepts and principles of equity in health". **International Journal of Health Services**, vol.22, 1992.

WHO. "The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties". **Soc Sci Med**, vol.46, n.1, 1998.

YANTI, Budi et al. Community knowledge, attitudes, and behavior towards social distancing policy as a means of preventing transmission of COVID-19 in Indonesia. **J Adm Kesehat Indones**, v. 8, n. 1, 2020.