

Política de equidade em saúde

Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde



EDUFMA

Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde



Reitor
Vice-Reitor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva
Prof. Dr. Leonardo Silva Soares



EDUFMA

EDITORIA DA UFMA

Diretora

Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho Editorial

Prof. Dr. Prof. Dr. José Carlos Aragão Silva
Prof. Dr. Luis Henrique Serra
Prof^a. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira
Prof. Dr. Márcio José Celeri
Prof^a. Dra Raimunda Ramos Marinho
Prof^a. Dra Débora Batista Pinheiro Sousa
Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues
Prof. Dr. Felipe Barbosa Ribeiro
Prof^a. Dra. Maria Aurea Lira Feitosa
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior
Bibliotecária Iole Costa Pinheiro



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Associação Brasileira das Editoras Universitárias



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0.

Ana Emília Figueiredo de Oliveira
Cadidja Dayane Sousa do Carmo
Camila Mello dos Santos
Karoline Corrêa Trindade
Paola Trindade Garcia
(Orgs)

Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde

São Luís



EDUFMA

2024

© 2024 EDUFMA - Todos os direitos reservados.

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Claudia Schirmbeck Peixoto
Jackeline Mendes Pereira
Vital Amorim Vital

Revisão textual

Talita Guimarães Santos Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Equidade em prática no Sistema Único de Saúde / Ana Emília Figueiredo de Oliveira... [et al.] (orgs). — São Luís: EDUFMA, 2024.

147 p.: il.

ISBN: 978-65-5363-429-9

Sistema Único de Saúde - Equidade. 2. Saúde - Direito universal. 3. Saúde - Políticas. 4. Serviço de saúde - Acesso. 5. Saúde - Educação popular. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Do Carmo, Cadidja Dayane Sousa. III. Santos, Camila Mello dos. IV. Trindade, Karoline Corrêa. V. Garcia, Paola Trindade.

CDD 614.341 481
CDU 614.39:342.7

Bibliotecária: Marcia Cristina da Cruz Pereira | CRB 13 / 418

COMO CITAR ESTE MATERIAL

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (São Luís). Universidade Federal do Maranhão. **Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Luís: EdUFMA, 2024. 147 p.

©2024. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, a disseminação e a utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga
CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157
www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

Ficha Técnica

Ministério da Saúde

Alexandre Padilha | *Ministro da Saúde*

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Maria Fabiana Damásio Passos | *Secretária-executiva*

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Mário Moreira | *Presidente*

Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas | *Secretária*

Departamento de Gestão do Cuidado Integral – DGCI

Olívia Lucena de Medeiros | *Diretora*

Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária – DESCO

José Eudes Barroso Vieira | *Diretor*

Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde – DEPPROS

Angela Fernandes Leal da Silva | *Diretora*

Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade – CGESCO

Ana Cláudia Cardozo Chaves | *Coordenadora*

Coordenação de Acesso e Equidade – CAEQ

Lilian Silva Gonçalves | *Coordenadora*

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR ENVOLVIDAS

Instituição proponente

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Instituição colaboradora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Instituição parceira

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Campus Universitário Darcy Ribeiro

Av. L3 Norte, s/n, Gleba A

Ed. Administrativo da Fiocruz Brasília, 2º andar

Asa Norte, Brasília/DF - 70.904-130

Telefone: (61) 3329-4598

Créditos

Coordenador do Curso

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenação-Geral da UNA-SUS/UFMA

Elza Bernardes Ferreira

Coordenação de Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA

Deysianne Costa das Chagas

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Coordenação de Ofertas Educacionais da UNA-SUS/UFMA

Juan Magalhães Paiva

Coordenação de Tecnologia da Informação da UNA-SUS/UFMA

Coordenador de Infraestrutura, Projetos e Dados

Osvaldo Silva de Sousa Junior

Coordenadora de Material Didático Digital e Inovação

Alessandra Dahmer

Revisão Pedagógica

Cadidja Dayanne Sousa do Carmo

Karoline Corrêa Trindade

Mizraim Nunes Mesquita

Paola Trindade Garcia

Assistente de Produção

Mizraim Nunes Mesquita

Karoline Corrêa Trindade

Conteudistas

Módulo 1 - Equidade: conceitos e implicações para o Sistema Único de Saúde

Fernando Neves Hugo | *Conteudista*

Módulo 2 - Promoção da equidade no Sistema Único de Saúde

Roger Keller Celeste | *Conteudista*

Módulo 3 - Equidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS

Daniel Canavese de Oliveira | *Conteudista*

Maurício Polidoro | *Colaborador*

André Baniwa | *Colaborador*

Revisão Técnico-Científica

Danylo Silva Guimarães | *Ministério da Saúde*

Dreissy Silva | *Ministério da Saúde*

Luciana Maria Pereira de Sousa | *Ministério da Saúde*

Camila Mello dos Santos | *UNA-SUS/UFRGS*

Revisão Gramatical e Ortográfica

Talita Guimarães Santos Sousa

Validadora Externa

Maykeline dos Santos Leite

Designers Instrucionais

Camila Cantanhede Vieira

Donny Wallesson dos Santos

Helen Maysa Belfort Sousa

Kátia Danielle Araújo Lourenço Viana

Karoline Corrêa Trindade

Letícia Iane de Holanda Ribeiro

Samira Vasconcelos Gomes

Identidade Visual

Claudia Schirmbeck Peixoto

Designers Gráficos

Jackeline Mendes Pereira

Vital Amorim Vital

Tecnologia da Informação

Jefferson de Almeida Paixão

Kleydson Beckman Barbosa

Riordan dos Santos França Moraes

Engenheiro de Software

Onivaldo Rosa Júnior

Coordenador de equipe Moodle

Josué de Lacerda Silva

Administrador Moodle

Cláudio Monteiro

Desenvolvedor

Davyd Darlan Gomes de Oliveira

Assessoria Técnica – SE/UNA-SUS

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Edinalva Neves Nascimento

Jakeline Ribeiro Barbosa

Apoio Técnico

Aline Santos Jacob

Ilma F. Santos

Pollyana dos Santos Pereira

Apresentação

Olá, caro(a) leitor(a)!

É com grande satisfação que apresentamos o livro intitulado “Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde”. Este livro aborda de forma abrangente e detalhada diversos aspectos relacionados à equidade nos processos práticos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O livro inicia com o Módulo 1 – Equidade: conceitos e implicações para o Sistema Único de Saúde. Inicialmente, são apresentadas as definições e a construção dos conceitos ao longo da história sobre saúde, equidade em saúde, território e territorialidade em saúde e seus impactos para a Promoção da Saúde.

Esse módulo dedica especial atenção às implicações desses conceitos para o SUS, abordando temas como o Conceito Ampliado de Saúde, a Reforma Sanitária Brasileira, dentre outros. A equidade em saúde é um desafio constante que exige compromisso com a justiça social e com a construção de um sistema de saúde que atenda às necessidades de toda a população. Através da compreensão desses conceitos e da análise crítica das implicações para o SUS, é possível contribuir para construção de um sistema de saúde justo e equitativo.

Em seguida, é apresentado o Módulo 2 – Promoção da equidade no Sistema Único de Saúde. Este módulo explora os elementos que determinam as desigualdades em saúde e os caminhos para superá-las, discutindo sobre os Determinantes Sociais de Saúde, Determinantes Estruturais de Saúde, Determinantes Individuais de Saúde, as tendências em desigualdade e o impacto das políticas de saúde, assim como abarca sobre equidade no acesso a serviços de saúde, trazendo a conceituação e diferenciação entre acesso, uso e demanda de serviços e as desigualdades socioeconômicas no acesso e no uso de serviços de saúde.

Para finalizar, o livro apresenta o Módulo 3 – Equidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS. Ao longo deste módulo, serão discutidas as políticas de equidade em saúde, seus fundamentos e objetivos. Será retomada a discussão sobre os Determinantes Sociais de Saúde e a interseccionalidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS, além de ser abordada a importância da participação social e da Educação Popular em Saúde para a promoção da equidade.

Em suma, esta obra visa fornecer conhecimentos sólidos e atualizados sobre a Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde e seus diversos aspectos. Assim, ao final deste livro, você será capaz de compreender os diferentes conceitos de equidade em saúde e a articulação nos processos de trabalho das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde. Esperamos que ele seja um recurso valioso para todos os interessados em melhorar o SUS e promover o acesso equitativo à população.

Boa leitura!

Sobre os conteudistas



Fernando Neves Hugo

Professor Associado do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS e Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMA. Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestrado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do

Rio Grande do Sul e é Doutor em Odontologia, área de Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Campinas. Realizou estágio sanduíche no College of Dentistry, University of Illinois at Chicago, EUA e foi Courtesy Associate no Intramural Research Program do Baltimore Longitudinal Study of Aging, Epidemiology Section, National Institutes on Aging em Baltimore, EUA. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia de Saúde Pública e Epidemiologia Bucal, atuando principalmente nos seguintes temas: gerodontologia, saúde global, câncer bucal, estudos longitudinais, revisão sistemática e metanálise.

Roger Keller Celeste

Professor Associado do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da UFRGS e Pesquisador PQ-CNPq. É Editor Associado da Community Dentistry and Oral Epidemiology, Revista Brasileira de Epidemiologia e BMC-Oral Health e pesquisador visitante do Aging Research Center (Karolinska Institute – Suécia). Possui Graduação em Odontologia – UFRGS, Mestrado em Dental Public Health – University College London e Doutorado em Saúde Coletiva/Epidemiologia – UERJ/IMS. Trabalha



com desigualdades sociais em saúde com ênfase em tendências de desigualdade e efeitos do contexto social. Tem experiência em Bioestatística, Revisões Sistemáticas de Estudos Observacionais, Avaliação de Serviços de Saúde, e Qualidade de Vida.



Daniel Canavese de Oliveira

Sanitarista, Professor Associado IV e Servidor Público Federal. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudo em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) e Pós-Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Coordena o grupo de pesquisa do CNPq: Saúde, Ambiente e Desenvolvimento – SAD sediado no Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) e

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Bacharelado em Saúde Coletiva, do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da UFRGS e da UFPR e do Mestrado Profissional em Saúde da Família UFRGS–Fiocruz. Possui atuação com os temas de iniquidades, de estigma, de discriminação e de violências relacionadas aos determinantes sociais de raça/cor e etnia, de origem geográfica, de gênero, de sexualidade e de classe, na perspectiva da interseccionalidade, interculturalidade e intersetorialidade, com enfoque no Pensamento Complexo.

Sobre as organizadoras



Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Diretora de Tecnologias na Educação – DTED/UFMA. Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), Mestrado e Doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-Doutorado/Professora Visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill – EUA (UNC – Chapel Hill/USA). É Coordenadora da Universidade Aberta

do SUS/UFMA. É líder do Grupo de Pesquisa SAITE – Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação (CNPq/UFMA). Durante o período de 2015 a 2017, ocupou a presidência da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde. Como pesquisadora, seu foco de atuação abrange temas como Educação à Distância, Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Atenção Primária à Saúde, Aplicativos para Dispositivos Móveis, Sistemas de Gestão e Acompanhamento Educacional, além de Inovação aberta.

Cadidja Dayane Sousa do Carmo

Cirurgiã-dentista com Mestrado e Doutorado em Odontologia (UFMA). Especialista em Saúde da Família: Planejamento e Gestão, MBA em Gestão em Saúde (FAE), Microbiologia Geral (UNICEUMA), Odontopediatria (Faculdade São Leopoldo Mandic), Docência e Gestão na Educação a Distância (Faculdade Dom Alberto). Experiência na docência de ensino superior na Educação a Distância (EaD) como tutora, supervisora de tutoria e orientadora de trabalho de conclusão de curso pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UFMA). Integrante do Grupo de Pesquisa SAITE – Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação (CNPq/UFMA). Atualmente, é Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão (Odontologia – UFMA), Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFMA e Coordenadora de Produção Técnico-científica e Inovação da UNA-SUS/UFMA.





Camila Mello dos Santos

Coordenadora da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS/UFRGS. Vice-coordenadora do Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias do Projeto Saúde com Agente (UFRGS/MS/CONASEMS). Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da UFRGS. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora e Mestre em

Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência na produção de Massive Open Online Courses (MOOCs) na área da saúde. Coordenou ações de extensão de cursos na modalidade de ensino a distância na Plataforma Moodle da UFRGS voltados para educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde com financiamento do Ministério da Saúde. Atualmente é Membro da Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED) e do Conselho Editorial do International Journal of Oral and Dental Health e da SciTz Dentistry: Research Therapy. Pesquisadora atuando nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva, Qualidade de vida, Envelhecimento, Odontogeriatrics e Avaliação da aprendizagem e dos aspectos influenciadores da evasão em cursos na modalidade de ensino a distância.

Karoline Corrêa Trindade

Enfermeira, possui MBA em Gestão de Projetos pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Tecnologias Educacionais e Educação à Distância, pela Faculdade Laboro. Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública pela Universidade Estácio de Sá. Atualmente é Supervisora do Núcleo Pedagógico da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UFMA). Atua como DI planejando e desenvolvendo soluções educacionais para EaD desde 2017. É Supervisora de oferta EaD do Curso de capacitação



na Atenção Humanizada ao Recém-nascido Método Canguru no contexto Hospitalar e do Curso de Sensibilização sobre o Método Canguru: Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido, ofertados pela Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).



Paola Trindade Garcia

Fisioterapeuta, com Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA), Mestrado em Saúde Coletiva (UFMA) e Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA). Especialista em Processos Educacionais na Saúde (IEP – Sírio Libanês), Saúde da Família (CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA). Atualmente, é docente da Universidade Federal do Maranhão (Departamento de Saúde Pública) e Coordenadora de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA. Professora do Programa de Mestrado

Profissional em Saúde da Família da RENASF. Possui experiência em Educação à Distância (EaD) e em metodologias ativas de ensino.

Sumário

Módulo 1 - Equidade: conceitos e implicações para o Sistema Único de Saúde	19
Introdução do módulo	20
1. Unidade 1: Saúde - Direito Universal	21
1.1 Conceitos de saúde ao longo da história	21
1.2 A reemergência da Medicina Social e a Promoção da Saúde	25
1.3 A Reforma Sanitária Brasileira	27
1.4 Conceito Ampliado de Saúde	33
2. Unidade 2: Equidade: histórico, conceito, relevância e justiça social	35
2.1 O conceito de equidade em saúde	35
2.2 A equidade no Sistema Único de Saúde	37
2.3 Conceitos de equidade em saúde e suas implicações para o Sistema Único de Saúde	41
2.4 Justiça social e equidade em saúde	42
3. Unidade 3: Território, diversidade e equidade	44
3.1 Conceitos de território e territorialidade em saúde	44
3.2 A territorialidade e os territórios: multiterritorialidades	46
3.3 Equidade e os processos de trabalho no Sistema Único de Saúde: um campo com múltiplas dimensões e desafios	48
Encerramento do módulo	49
Módulo 2 - Promoção da equidade no Sistema Único de Saúde	50
Introdução do módulo	51
1. Unidade 1: Determinação social	52
1.1 Determinantes Sociais de Saúde	52

1.1.1	Determinantes Estruturais de Saúde	53
1.1.2	Determinantes Individuais de Saúde	56
1.2	Impacto dos fatores sociais na saúde das pessoas	57
1.3	Do <i>Black Report</i> até o século XXI: classe social e saúde	59
1.4	Teorias neomaterial e psicossocial	62
1.5	Teoria geral sobre determinantes sociais	63
2.	Unidade 2: Tendência em desigualdade e o impacto de políticas de saúde	65
2.1	Tendências em saúde por subgrupo	65
2.2	Hipótese da Equidade Inversa	68
2.3	O papel dos serviços de saúde na redução das iniquidades em saúde	71
3.	Unidade 3: Equidade no acesso a serviços de saúde	74
3.1	Conceituação e diferenciação entre acesso, uso e demanda de serviços	74
3.2	Populações em vulnerabilidade e barreiras de acesso	76
3.3	Desigualdades socioeconômicas no acesso e uso de serviços de saúde	77
3.4	A importância das visitas domiciliares, da busca ativa na APS e da equidade no acesso aos serviços	80
	Encerramento do módulo	82
	Módulo 3 - Equidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS	83
	Introdução do módulo	84
1.	Unidade 1: As políticas de equidade em saúde: instrumentos para os processos de trabalho das equipes de saúde do SUS	85
1.1	Introdução às políticas de equidade em saúde no SUS	85

1.2	Conceitos-chave para compreender os fundamentos da equidade	88
1.3	Visão geral das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	90
1.4	Objetivos e relevância das políticas de equidade	92
2.	Unidade 2: Os Determinantes Sociais de Saúde e a interseccionalidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS	98
2.1	Os Determinantes Sociais da Saúde e as suas relações	98
2.2	Perguntar a raça/cor e etnia e respeitar o nome social: práticas para promover a equidade em saúde	102
3.	Unidade 3: A participação social e a Educação Popular em Saúde para a Promoção da Equidade em Saúde	109
3.1	Democracia e saúde: potentes conexões	109
3.2	A Educação Popular em Saúde	115
	Leituras e materiais recomendados	120
	Encerramento do módulo	122
	Considerações finais	123
	Referências	124
	Lista de figuras	139
	Lista de quadros	141
	Lista de abreviaturas e siglas	142

MÓDULO 01

Equidade: conceitos e implicações para o Sistema Único de Saúde



Introdução do módulo

Na Unidade 1: “Saúde: Direito Universal”, trabalharemos a compreensão da evolução do conceito de saúde ao longo da história, o Conceito Ampliado de Saúde, a saúde como direito de cidadania e identificaremos a equidade na Constituição Federal de 1988. Além disso, a unidade abordará a Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, como estratégia para contextualizar a equidade como princípio estruturante do SUS.

Na Unidade 2: “Equidade: histórico, conceito, relevância e justiça social”, o texto apresentará exemplos práticos para efetivação da equidade no cotidiano dos serviços de saúde e Políticas Públicas para Promoção da Equidade formuladas e implementadas pelo Ministério da Saúde. Partindo do conceito de equidade, vamos explorar sua relação com o conceito de justiça social e sua aplicação no cotidiano do SUS.

Por fim, a Unidade 3: “Território, diversidade e equidade”, abordará os conceitos de território e territorialidade em saúde e suas implicações na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Ao término desse módulo, esperamos que você seja capaz de compreender os diferentes conceitos de equidade em saúde, as implicações da equidade no SUS, da gestão à atenção em saúde, e a importância das questões de território, territorialidade e multiterritorialidades nesse contexto.

Saúde - Direito Universal

1.1 CONCEITOS DE SAÚDE AO LONGO DA HISTÓRIA

O conceito de saúde é dinâmico, desenvolvido ao longo da história e influenciado pelo contexto, pela época e pela classe social, refletindo a conjuntura social, política, econômica e cultural de um país. Valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas também moldam e moldaram o conceito ao longo da história (Scliar, 2007).

Estudos paleontológicos revelaram que as enfermidades acompanham a humanidade desde sempre, bem como a tarefa de enfrentá-las, a partir de diferentes conceitos do que seja doença e, por conseguinte, saúde.

Concepção mágico-religiosa

Na concepção mágico-religiosa, a doença resultava de forças externas ao organismo, que neste se introduziam por causa do pecado ou de maldição.

Medicina grega

Com o desenvolvimento da medicina grega, ocorreu uma importante mudança no modo como se compreendiam as doenças. Ainda que o panteão grego incluísse Asclepius, divindade da medicina, e deusas como Higeia, a Saúde, e Panaceia, a Cura, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos, como no caso do culto a Panaceia, por exemplo (Scliar, 2007).

Ainda que se tenham poucas referências sobre Hipócrates de Cós (460–377 a.C.) ou sua existência, este é considerado o pai da medicina. Os escritos a ele atribuídos, conhecidos como *Corpus Hipocraticus*, traduzem uma visão racional da medicina, que se afasta da concepção mágico-religiosa antes descrita. No texto “A doença sagrada”, Hipócrates afirma que esta não é, em sua opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença. Ainda, segundo Hipócrates, as doenças têm uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana. O *Corpus Hipocraticus* se caracteriza pela valorização da observação empírica, com registro profícuo de casos clínicos. Em seus textos, Hipócrates postula a existência de quatro humores (ou fluidos) fundamentais, conforme pode ser visto na figura abaixo.

Figura 01. Os quatro humores fundamentais de Hipócrates.

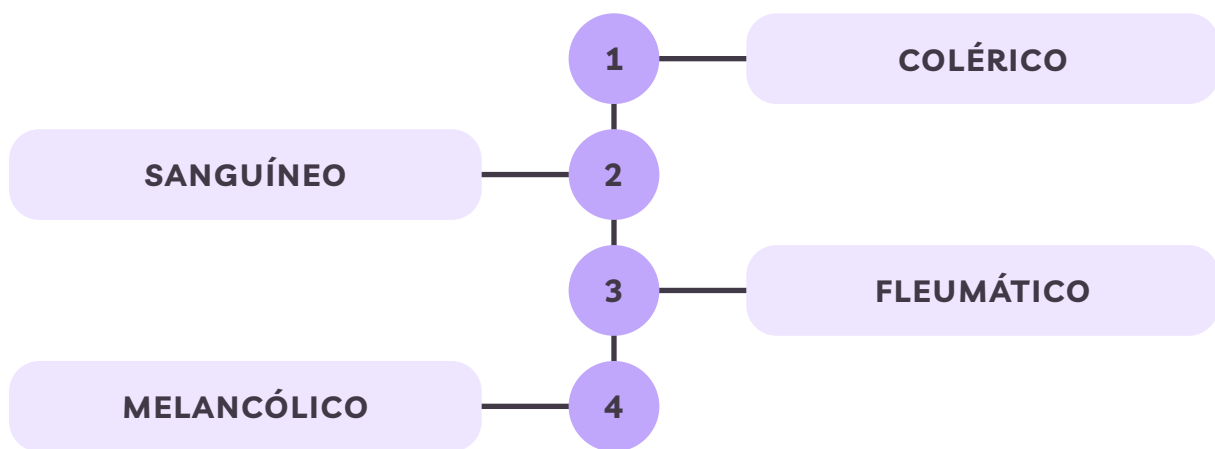


Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2024.

O homem seria uma unidade organizada e a doença uma desorganização desta. É também em Hipócrates que surge um conceito ecológico de saúde e de enfermidade, que reconhece fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento de doenças (Scliar, 2007).

Nesse contexto, surge o conceito de miasma, do latim “maus ares”, uma emanção insalubre à saúde que pode causar doenças (Scliar, 2007). Cláudio Galeno (129–199), médico romano que influenciou a medicina ocidental por séculos, revisitou a teoria humoral de Hipócrates e ampliou a concepção dos humores, ao adotar a teoria dos quatro temperamentos humanos, de modo a compreender melhor o papel dos humores corporais. Com base nos escritos de Hipócrates, Galeno propôs quatro temperamentos humanos:

Figura 02. Os quatro temperamentos humanos de Galeno.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2024.

E, para cada qual, indicou tratamentos que considerava mais adequados, bem como para os humores que cada temperamento produzia (Scliar, 2007).

? **VOCÊ CONHECE?**

A Teoria dos Miasmas

Trata-se de uma teoria “não científica” que, desde a Antiguidade, considera que as doenças eram relacionadas às impurezas do ar, denominadas como miasmas (palavra grega que significa impureza). Dessa forma, os miasmas eram transmitidos a partir de pessoas e animais doentes, excrementos, substâncias em putrefação, muitas vezes identificados pelo mau cheiro. Com essa popular teoria passou-se a considerar a qualidade da água, os cuidados com higiene pessoal e as demais condições sanitárias, responsáveis pela redução das doenças transmissíveis (Martins; Martins, s. d.; Sá *et al.*, 2017).

No entanto, no Oriente, as concepções de saúde e de doença seguiram um caminho distinto das concepções ocidentais, ainda que compartilhando algumas similaridades à concepção hipocrática.

No Oriente, a concepção dominante era a de que havia um fluxo de forças vitais e que a saúde existia quando este fluxo era harmônico. De forma oposta, quando havia desequilíbrio ou desarmonia nessas forças vitais, o resultado era a doença.

Assim, as ações terapêuticas tinham como objetivo restaurar o fluxo de energia vital do corpo, conhecido como “prana” na tradição indiana e “chi” na tradição chinesa (Scliar, 2007).

Nos séculos XVIII e XIX ocorreu um forte avanço na compreensão sobre as doenças e seus determinantes no Ocidente.

De um lado, a Medicina Social avançou importantemente ao reconhecer as relações entre trabalho e saúde que acompanharam a revolução industrial, assim como as causas econômicas e sociais das doenças (Meira; Segre, 1985).

De outro, a Bacteriologia, desenvolvida especialmente por Pasteur, na França, e Koch, na Alemanha, e sua concepção de determinação biológica das doenças (Fioravanti, 2022).

Nesse período, ocorreu uma disputa entre os campos da Medicina Social e da Bacteriologia, sendo esta última a concepção hegemônica até a segunda metade do século XX, influenciando significativamente a formação e as práticas em saúde, além da própria organização dos serviços e dos sistemas de saúde.

No período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial, esforços de cooperação internacional resultaram na criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e de agências a esta subordinadas, como é o caso da Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS apresentou uma primeira ampliação do conceito de saúde, definido por esta, em seu documento constituinte, como *“um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, 1978). Ainda que essa concepção tenha representado uma tentativa de superar uma visão negativa da saúde, foi objeto de importantes críticas, ao apontar para um objetivo inalcançável (um completo estado de bem-estar).



PARA SABER MAIS



Para entender um pouco mais sobre as concepções de saúde–doença e o cuidado em saúde à longo prazo, sugerimos a leitura do capítulo do livro intitulado “Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde” de autoria da Prof.^a Marly Marques da Cruz, da coleção técnica para qualificação de gestores do SUS. Para isso, acesse:

[Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.](#)

1.2A REEMERGÊNCIA DA MEDICINA SOCIAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A hegemonia da determinação biológica das doenças perdurou até meados do século XX, período em que estudos como o Relatório Lalonde, de 1974, contribuíram para reemergência do campo da Medicina Social. O Relatório Lalonde é considerado o primeiro documento governamental no mundo ocidental a reconhecer que:



O sistema de saúde, com todas as suas instalações e com todos os seus números, formação e dedicação dos seus profissionais de saúde, ainda tende a considerar o corpo humano como uma máquina biológica que pode ser mantida em funcionamento através da remoção ou substituição de peças defeituosas, ou pela limpeza de suas linhas entupidas. A solução médica para problemas de saúde, embora seja um aspecto extremamente importante da saúde, é apenas um dos muitos aspectos revelados pelo exame das causas subjacentes das doenças (Lalonde, 1974, p. 25).



Esta concepção de saúde, que incorpora múltiplos atributos, como qualidade de vida, justiça social e equidade é algo recente e está especialmente vinculada ao movimento de Promoção da Saúde, que culminou com a Conferência Internacional da Saúde de 1986, no Canadá, e a publicação da Carta de Ottawa. Nela, a saúde é compreendida como um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Ainda, a Carta define que equidade e justiça social estão entre as condições e os recursos fundamentais para a saúde (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa também teve grande importância ao sistematizar o conceito de Promoção de Saúde.

Ela estabelece que a Promoção da Saúde é o processo que busca aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle destes processos.

As estratégias para Promoção da Saúde previstas na Carta de Ottawa incluem a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes que favoreçam a saúde, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde privilegiando a Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 1986).

Em síntese, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, visto que exige estilos de vida saudáveis para que se atinja bem-estar. A equidade, por sua vez, tem grande importância para a Promoção da Saúde, na medida em que representa um dos princípios norteadores de suas ações.

13 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se como um movimento histórico e social que visou transformar o sistema de saúde do país, garantindo acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

Esse movimento foi centrado nos seguintes elementos constituintes: democratização da saúde; democratização do Estado e democratização da sociedade. Os principais marcos que permearam esse movimento foram impulsionados por profissionais da saúde, movimentos sociais e intelectuais que defendiam a saúde como um direito de todos. A criação do SUS, foi um ponto crucial da reforma, estabelecendo princípios e diretrizes fundamentais para o sistema de saúde vigente (Paim 2008).

Figura 03. 8ª Conferência Nacional de Saúde.



Fonte: MOTA, A., MARQUES, M.C.C. and BRASILEIRO, D.F. Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionais e formação de seus trabalhadores [online]. *Interface* [online], v. 25, e210118, 2021.

Mergulhe na história da saúde pública brasileira a partir da linha do tempo a seguir, que traz um pouco dessa história de como era a saúde pública no país antes da Reforma Sanitária Brasileira.

Figura 04. Linha do tempo da saúde pública brasileira.

1923

As revoltas populares pressionaram o Estado por ações mais efetivas no campo da saúde. Neste ano, foi promulgada a Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Algumas CAPs também prestavam assistência médica. A lei assegurava uma assistência mínima aos trabalhadores, de modo que pudessem receber pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Assim, a saúde continuava restrita aos que podiam pagar e aos assegurados por ela (Escorel; Teixeira, 2012).

1933

O período foi caracterizado pelas reivindicações e lutas dos trabalhadores. Como resposta a tais reivindicações foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Estas IAPs passaram a congregiar os trabalhadores por profissão, ao invés de ser por empresas, e como as CAPs, também ofereciam serviços médicos, apesar de se voltarem prioritariamente para os benefícios e pensões (Escorel; Teixeira, 2012).

1941

A I Conferência Nacional de Saúde foi realizada para discutir no campo técnico administrativo os rumos da política de saúde e saneamento do Estado. Nesse período, continuam as campanhas de vacinação para poliomielite, malária, varíola etc. Também foram criados os Serviços Nacionais de Saúde nas áreas de: tuberculose, lepra, febre amarela, câncer, malária, doenças mentais, educação sanitária, fiscalização da medicina, saúde dos portos, bioestatística e água e esgotos (Escorel; Teixeira, 2012).

1950

Os estudos sobre a Reforma Sanitária Brasileira apontam que as mudanças no sistema de saúde datam desde a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS), na década de 50, que já evidenciavam um processo de institucionalização desse movimento. No Brasil, as faculdades Paulista de Medicina e a de Ribeirão Preto foram as primeiras a adotarem o DMPS, que posteriormente tornou-se obrigatório na base universitária dos cursos de medicina (Escorel, 1999).

1963

A III Conferência Nacional de Saúde (CNS) emergiu às vésperas da ditadura militar, instaurada no Brasil em 1964, diferenciando-se da I e II, cujas características eram essencialmente técnicas. A III CNS foi realizada com o objetivo de analisar o contexto de dificuldades, erros, acertos e vitórias vivenciadas em um cenário de lutas que afligiam a população brasileira. Além disso, buscou-se avaliar as condições gerais da situação sanitária no país e a aprovação de programas de saúde que buscassem conciliar o atendimento às necessidades da população com o desenvolvimento econômico (Souza, 2014).

1966

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a unificação dos IAPs, configurou apenas uma medida administrativa sem alterar a tendência da assistência médica e da cobertura previdenciária ao trabalhador formal. Os demais cidadãos que não contribuíam para a previdência social obtinham atenção à saúde em serviços de saúde filantrópicos, como as Santas Casas e em centros e postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil dos programas, por exemplo, materno-infantil ou controle da tuberculose (Escorel, 2012).

1970

A saúde no Brasil na década de 1970 foi caracterizada por uma dicotomia entre previdência social e saúde pública. A previdência social era responsável pela oferta dos serviços de saúde, organizados com base no modelo médico-assistencial privatista e baseado na assistência hospitalar. O acesso aos serviços de saúde era excludente, pois estava limitado aos trabalhadores com vínculo formal com o mercado de trabalho e seus dependentes, num país onde a maior parte da força de trabalho estava na informalidade. Esse sistema foi objeto de importantes críticas por parte de acadêmicos, sanitaristas e da sociedade civil (Paim, 2008).

1976

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) possibilitou que o movimento da Reforma Sanitária fosse vinculado não somente à reforma de serviços, à reorganização administrativa do setor, mas à ampliação da concepção de saúde, partindo do pressuposto da saúde como direito, participação e democracia. O Cebes materializou e difundiu o pensamento médico-social ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social (Escorel, 1999).

Além disso, o Cebes uniu, concretizou e disseminou o pensamento sanitário, já influenciado pelas ciências sociais marxistas. Embora tenha surgido em um cenário inicialmente restrito, conseguiu expandir-se e fortalecer-se como uma força organizada da sociedade civil, agregando um número crescente de estudantes e profissionais da saúde insatisfeitos com os rumos da assistência à saúde no país. Assim, tornou-se uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário enquanto movimento social organizado (Escorel, 1999).

1979

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foi criada em 1979 com o intuito de organizar os programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. A ABRASCO, em conjunto com a Cebes, teve um papel importante na construção da identidade da saúde coletiva. A participação social, a promoção e a melhora da saúde e da qualidade de vida e um sistema unificado e universal da saúde eram as pautas dessa associação (Menicucci, 2014).

1986

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco do Movimento de Reforma Sanitária e um ponto de inflexão no debate sobre a Política de Saúde vigente, ao ampliar a concepção de saúde. O Relatório desta Conferência foi de fundamental importância, servindo de base para a Assembleia Constituinte de 1988. Esse Relatório determina em seu Art. 196, que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

1987

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde constituiu-se como um aprofundamento das Ações Integradas de Saúde (AIS), criado a partir da proposta da presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O SUDS propunha a “municipalização” dos serviços de saúde, ou seja, que os governos municipais passassem a gerenciar os serviços estaduais e recebessem recursos financeiros para custear parte de seus serviços próprios. Apesar das limitações para a instituição e implementação efetiva do SUDS, este representou um dinamismo dos serviços públicos de saúde, colocando-se na posição de um movimento com uma extensão da cobertura em saúde para as camadas mais carentes da população e uma tentativa de implantar programas de alcance coletivo (Pimenta, 1993).

1988

Com isso, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), além de reconhecer a saúde como direito da cidadania, estabelece uma concepção de saúde mais ampla, que ultrapassa a concepção exclusivamente biomédica de doença. Para transformar este direito em realidade, fez-se necessária uma reforma profunda no sistema de saúde até então existente no país.

O sistema de saúde que está sendo criado para substituir o antigo e garantir o direito à saúde definido na Constituição, ao adotar esta concepção ampliada, assume um compromisso que vai além da abordagem biomédica, e inclui ações de prevenção e promoção da saúde. Nesta perspectiva, reconhecer grupos e comunidades vulneráveis e promover a equidade assumem protagonismo como estratégias que respondem ao desafio de implementar um novo sistema de saúde para todos.

1990

Em 19 de setembro de 1990, a Lei n.º 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentou o SUS. A Lei Orgânica de Saúde, como também é conhecida a referida lei, explora objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; financiamento e gestão financeira; planejamento e orçamento, entre outros tópicos de relevância referentes ao SUS (Brasil, 1990a).

1990 (continuação)

A criação e regulamentação do SUS reflete o resultado de um processo social marcado por um período de lutas políticas e seus princípios coincidem com as pautas levantadas pelo movimento de redemocratização do país. No texto final no qual esse sistema foi criado, promulgado em 5 de outubro de 1988, houve a incorporação de grandes demandas do movimento da reforma sanitária, entre os quais pode-se destacar: a saúde como um direito de todos e dever do Estado, resultante de políticas econômicas e sociais (Batiston; Santos, 2010).

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2024.

A evolução da seguridade social no Brasil destaca como a atuação da assistência social, ao lado da saúde e da previdência, compõe os três pilares fundamentais da proteção social no país e representa um avanço no campo da cidadania no Brasil. De acordo com a Constituição Federal de 1988 (Art. 194): “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

Trata-se de um importante arranjo de proteção social, instituído como direito de cidadania, com base nos seguintes objetivos (Brasil, 1988; Oliveira; Oliveira, 2011):

- Universalidade da cobertura e do atendimento;
- Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- Equidade na forma de participação no custeio;
- Diversidade da base de financiamento;
- Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (inciso com redação dada pela Emenda Constitucional n.º 20, de 1998).

1.4 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

O Conceito Ampliado de Saúde estabelece que a saúde, em seu sentido mais abrangente, é resultante das condições de:

1. Alimentação e habitação;
2. Educação, renda e meio ambiente;
3. Trabalho e transporte;
4. Emprego, lazer e liberdade;
5. Acesso e posse da terra;
6. Acesso a serviços de saúde.

Este conceito define que saúde e doença resultam das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida. Assim, a saúde não é um conceito abstrato, mas define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil, 1986).

A figura abaixo apresenta uma adaptação do modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), que é uma representação gráfica das relações de determinantes em diferentes níveis com a saúde e o adoecimento. Este modelo é útil, na medida em se aproxima da Concepção Ampliada de Saúde e ajuda a compreender essa perspectiva.

Figura 05. Adaptação do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: Adaptado de Dahlgren; Whitehead, 1991.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080 de 1990), a perspectiva da Concepção Ampliada de Saúde é retomada no Art. 3, o qual define que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990a).

Esta retomada da Concepção Ampliada de Saúde pela Lei n.º 8.080 de 1990 é de fundamental importância na criação do SUS. Ao definir saúde e seus condicionantes, a concepção ampliada estabelece que é responsabilidade do Estado garantir o acesso ao direito à saúde. Assim, a saúde é entendida como bem público que ultrapassa a oferta de serviços de saúde (que, por sua vez, representa uma concepção limitada), que deve ser garantido também por meio da promoção de condições dignas de vida, com políticas que promovam o desenvolvimento econômico e social (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

Equidade: histórico, conceito, relevância e justiça social

2.1 O CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE

Equidade tem sido um conceito bastante utilizado quando se abordam os direitos sociais, tanto num sentido mais amplo, quanto num mais específico. No seu sentido mais amplo, equidade se relaciona com justiça e igualdade, numa perspectiva do estabelecimento de regras justas para a vida em sociedade. No seu sentido mais específico, a equidade é uma adaptação da norma geral a situações mais específicas, na medida em que a aplicação de uma norma geral de forma literal, sem considerar as especificidades de diferentes situações, poderia produzir injustiças (Barros; Sousa, 2016).

A equidade, como princípio, tem origem nas lutas pelos direitos das minorias, introduzindo a diferença no espaço público da cidadania. Considerando a diversidade das sociedades modernas, a noção de igualdade só se completaria se compartilhada com a de equidade.

No mundo contemporâneo, equidade está relacionada e é complementar à noção de igualdade, devendo levar em consideração que as pessoas são diferentes e que têm necessidades diversas (Barros; Sousa, 2016). Tal noção de equidade pode ser integrada à perspectiva de saúde como direito, tal como presente na Constituição Federal brasileira.

Especificamente, a equidade em saúde é um conceito multidimensional, incluindo o nível de saúde que se tem e a possibilidade de se obtê-la, mas também a distribuição dos cuidados em saúde. Assim, o conceito de equidade em saúde incorpora uma dimensão individual e uma dimensão relativa ao sistema de cuidados em saúde (Barros; Sousa, 2016). A ilustração abaixo representa graficamente os conceitos de igualdade e equidade, facilitando a compreensão de ambos, bem como as diferenças entre eles.

Figura 06. Representação gráfica dos conceitos de igualdade e equidade.



IGUALDADE



EQUIDADE

Fonte: Adaptado de UNA-SUS/UERJ. **Conceitos de igualdade e equidade**. UERJ, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2346>. Acesso em: 09 out. 2024.

2.2 A EQUIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No contexto brasileiro, a superação das desigualdades em saúde tem sido buscada por meio da formulação e implementação de políticas públicas promotoras de equidade. Nesta perspectiva, além de reconhecer a saúde como direito da cidadania, é fundamental reconhecer a importância da priorização como estratégia para promoção de justiça social (Barros; Sousa, 2016). A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS que está evidenciado na oferta de ações e cuidados de acordo com as necessidades e os riscos enfrentados por indivíduos e comunidades.

Um exemplo prático da aplicação do princípio da equidade nos serviços de saúde é a utilização da classificação de risco nas salas de emergência hospitalares, onde a prioridade no atendimento é definida por critérios combinados de ordem de chegada, urgência e gravidade. Com a adoção da classificação de risco, uma vítima de infarto do miocárdio grave passará na frente de quem necessita de um atendimento menos urgente, como no caso de uma dor de garganta, mesmo que esta última pessoa tenha chegado mais cedo ao hospital.

Essa abordagem é exemplificada pela adoção do Protocolo de Manchester nas Unidades de Pronto Atendimento e nas salas de emergência dos hospitais do Sistema Único de Saúde. O Protocolo de Manchester visa garantir que os usuários recebam os cuidados necessários no tempo apropriado, avaliando a gravidade da condição do paciente para determinar a prioridade no atendimento (Mackaway-Jones; Mardsen; Windle, 2014).

Figura 07. Protocolo de Manchester.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2024.

Numa perspectiva mais ampla, o princípio da equidade é de grande importância na formulação de políticas públicas de saúde no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde, em seu compromisso com a promoção do princípio da equidade, desenvolveu um conjunto de políticas públicas, programas e ações de saúde cujo objetivo é promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

Em conjunto, são denominadas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, e incluem (Brasil, 2013a):

- Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR);
- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);
- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (PNAISPC);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI);
- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), entre outras.

Na imagem abaixo, é possível observar o conjunto de políticas, ações e programas sobre equidade no âmbito do SUS, fomentadas pelo Ministério da Saúde.

Figura 08. Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no âmbito do SUS.



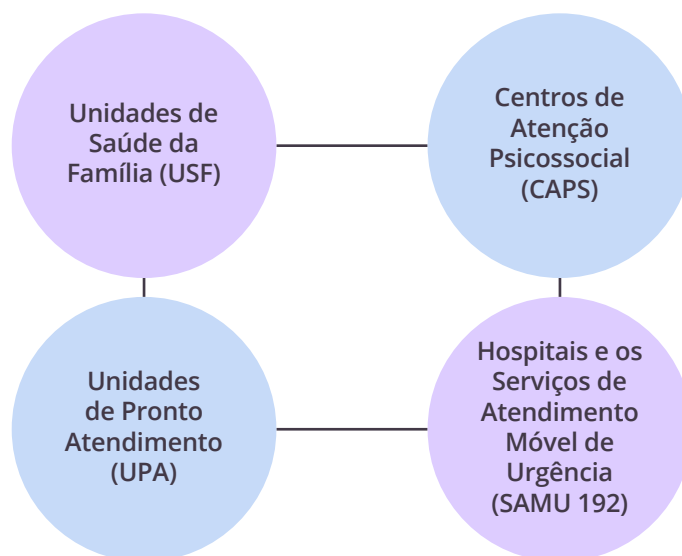
Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Saúde. Superintendência Estadual do Rio de Janeiro. **Boletim n.º 2/2022**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/sems/rj/boletins/boletim-no-2-2022.pdf>. Acesso em: 09 out. 2024.

A população em situação de rua está inserida no grupo das populações vulneráveis e, segundo a política setorial específica é:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporária ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

As necessidades das populações em situação de rua são atendidas no escopo da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), especialmente pela instituição de normativas que estabelecem as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR) e seu financiamento. Observe na figura abaixo as unidades de atendimento que a população em situação de rua pode acessar.

Figura 09. Unidades de atendimento para a população em situação de rua.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2024.

Esses espaços devem garantir o acesso e atendê-los de forma respeitosa, mesmo que eles não apresentem comprovante de residência (Brasil, 2009).

Outra política de promoção de equidade de grande importância é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que prevê um conjunto de ações para reduzir assimetrias em saúde. Esta política reconhece que os determinantes sociais influenciam a situação de vulnerabilidade dessa população, resultando em maior morbimortalidade (Brasil, 2007).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tem como objetivo:

Promover a saúde integral da população LGBT, de forma a garantir o atendimento não discriminatório do grupo nos serviços públicos de saúde e o enfrentamento das iniquidades para o pleno exercício da democracia e do controle social (Brasil, 2013b).

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, tem como objetivo:

Garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meios aberto e fechado e semiliberdade (Brasil, 2014a).

Esta política fomenta a reorganização da atenção à saúde e busca promover e garantir a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei por meio do fortalecimento das secretarias estaduais e municipais de saúde na atuação frente às necessidades e demandas de saúde dessa população e da garantia de seus direitos. Em conjunto, estas e outras políticas públicas desenvolvidas no âmbito do SUS têm um papel fundamental e estratégico no combate às desigualdades em saúde e na promoção da equidade como princípio doutrinário do SUS.



PARA SABER MAIS



As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Para saber mais sobre essa temática, verifique as principais publicações do Ministério da Saúde. Para isso, acesse: [Ministério da Saúde - Equidade em Saúde.](#)

2.3 CONCEITOS DE EQUIDADE EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É muito comum, na literatura da saúde, que os termos igualdade e equidade, bem como seus opostos desigualdade e iniquidade, sejam tratados como similares. No entanto, há importantes distinções entre estes termos que precisam ser consideradas e que têm implicações importantes (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009). No escopo da política Saúde para Todos da OMS, Margaret Whitehead publicou um trabalho que contribuiu importantemente para clarificar os conceitos de desigualdade e iniquidade em saúde. Whitehead define iniquidades em saúde como *“diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis”* (Whitehead, 1992).

A equidade como princípio, por sua vez, tem origem no reconhecimento dos direitos das minorias, introduzindo a diferença como parte importante da cidadania. Este é um reconhecimento importante, pois questiona o pensamento jurídico clássico, que entende na cidadania como deve imperar a igualdade (Escorel, 2008). Sara Escorel define com clareza, no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, igualdade e equidade:

“Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas” (Escorel, 2008).

Estas definições são de importância para o SUS, pois implicam o reconhecimento das diferenças na organização e consecução da Política Nacional de Saúde (PNS) expressa no próprio SUS e na formulação, implementação e avaliação das políticas setoriais específicas. Ou seja, elas têm implicações práticas no cotidiano das RAS.

O princípio da equidade demanda o reconhecimento, por parte do SUS, das necessidades de grupos específicos. Em termos práticos, as políticas públicas de saúde precisam atuar para reduzir os impactos aos quais os grupos vulneráveis estão submetidos (Brasil, 1988).

No sistema de saúde, a equidade é operacionalizada em duas dimensões, uma relacionada às condições de saúde, com implicações para o reconhecimento de diferenças injustas em relação aos riscos para adoecer, e outra relacionada ao acesso e à utilização dos serviços de saúde (Escorel, 2008).

Em relação aos determinantes das condições de saúde, o conceito de equidade se relaciona com as diferenças nos riscos para adoecer. Ainda que variáveis biológicas, como constituição genética, determinem diferenças na distribuição das doenças, a maior parte da carga de doenças pode ser atribuída aos determinantes sociais e econômicos (Escorel, 2008). Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem ser entendidos como as situações econômica, social, cultural e ambiental que afetam a saúde das pessoas, seja positiva ou negativamente (CDSS, 2010).

2.4 JUSTIÇA SOCIAL E EQUIDADE EM SAÚDE

A justiça social diz respeito à igualdade na distribuição de bens, entre os quais está a saúde. As teorias do campo da justiça social buscam responder a duas questões fundamentais. Uma diz respeito a quem são os interessados, enquanto outra diz respeito ao que será igualado (em relação aos interessados) para fins de promoção da justiça social (Ribeiro, 2015).

A perspectiva da equidade tem importância ao incorporar a questão da diferença na justiça, que por sua vez historicamente esteve preocupada com a igualdade. Não por outra razão, a balança, representação do equilíbrio, é um dos símbolos da justiça. Em contraposição, a incorporação da perspectiva da equidade na justiça implica em realizar, segundo Ribeiro (2015), “uma justa distribuição desigual”.

A justiça em saúde demanda promover a integridade funcional para que cada um possa expressar sua própria natureza. Nesta perspectiva, seria eticamente inadequado impedir que cada pessoa possa se desenvolver e crescer (Ribeiro, 2015).

Ao propor uma perspectiva de funcionamentos aplicada ao campo saúde, Ribeiro (2015) apresenta o direito à saúde como um de seus quatro componentes fundamentais, explicitando que:

“Todos os indivíduos devem ter direito à saúde e uma qualidade de vida que ofereça as condições para o desenvolvimento e o exercício de seus funcionamentos básicos. Tanto a determinação do que em cada caso será um funcionamento básico quanto o nível a ser atingido em cada funcionamento dependerá da natureza específica de cada indivíduo. Saúde, nesse sentido, não pode ser considerada sinônimo de qualidade de vida, mas um dos aspectos constituintes de uma noção satisfatória de qualidade de vida” (Ribeiro, 2015).

Nas últimas décadas, como parte do próprio desenvolvimento do SUS, chegou-se a um consenso de que, para superação das desigualdades em saúde, é necessário formular políticas públicas de saúde que promovam equidade.

Para isso, segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), é fundamental que se priorizem as necessidades em saúde da população como um dos aspectos centrais para que se alcance a justiça social. Isso significa reconhecer, de fato e em termos práticos, o direito à saúde, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009).

Território, diversidade e equidade

3.1 CONCEITOS DE TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE EM SAÚDE

Antes de abordar o conceito de territorialização em saúde, é importante definir os conceitos mais amplos de território e territorialidade, como forma de apoiar a compreensão e a aplicação ao campo da saúde (Gondin; Monken, 2017).

A palavra **território** tem sua origem na palavra do latim *territorium*, que por sua vez é derivada do vocábulo “terra”, significando uma parcela de terra apropriada e administrada politicamente. É importante destacar, no entanto, que existem outras abordagens e definições para o termo em campos tão distintos como a geografia, a economia, a antropologia, a sociologia e o próprio Estado (Silva, 2015). Todas estas definições têm repercussões importantes para os processos de territorialização em saúde e, por consequência, na organização das RAS.

A **territorialidade**, por sua vez, é resultado de relações políticas, econômicas e culturais. Por este motivo, a ação de diferentes grupos sociais resulta em diferentes configurações sobre um espaço geográfico, área em que o território se constitui (Gondin; Monken, 2017).

A **territorialização** pode ser compreendida como resultado de um processo histórico que é dinâmico sobre o espaço geográfico (o território). Por ser a territorialização um processo dinâmico, o território se encontra em permanente construção/desconstrução/reconstrução (Gondin; Monken, 2017).

Historicamente, a saúde pública equalizou a territorialização à localização de equipamentos, recursos e agravos em saúde em um espaço geográfico e à definição de um espaço geográfico de atuação, como, por exemplo, na definição de uma área de cobertura de uma equipe de saúde da família e suas respectivas microáreas.

Esta forma de territorialização é vista, no entanto, como limitada, especialmente pela geografia, uma vez que o território usado se impõe a tudo e a todos, sendo que todas as coisas estariam, necessariamente, já territorializadas (Gondin; Monken, 2017; Souza, 2004). Para Gondin e Monken:

Uma proposta transformadora de saberes e práticas locais concebe a territorialização de forma ampla – um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (Gondin; Monken, 2017).

A territorialização constitui uma estratégia de grande importância no desenvolvimento do SUS, ao apoiar a reorganização dos processos de trabalho em saúde e o rearranjo do Modelo de Atenção à Saúde, que, por sua vez, constitui um elemento central das RAS (Gondin; Monken, 2017).

A compreensão do processo saúde-doença nos âmbitos individual e coletivo demanda localizar as pessoas e os eventos em determinado tempo e lugar. Reconhecer a influência da geografia e seus elementos, inclusive das pessoas que os constituem, é fundamental para uma compreensão adequada dos riscos para os agravos em saúde, sejam eles positivos ou negativos (Gondin; Monken, 2017).

3.2 A TERRITORIALIDADE E OS TERRITÓRIOS: MULTITERRITORIALIDADES

Em saúde, o conceito de territorialidade assume um sentido muito importante, que é o do pertencimento e da construção da identidade. Nesse sentido, usar a perspectiva da multiterritorialidade, pela presença de múltiplas identidades representa um conceito importante para operacionalizar a territorialização no SUS.

O conceito de multiterritorialidade, conforme proposto por Haesbaert (2007), estabelece que:

O território, como espaço dominado ou apropriado, manifesta hoje um sentido multiescalar e multidimensional que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade, tanto no sentido da convivência de “múltiplos” (tipos) de território quanto da construção efetiva da multiterritorialidade. Toda ação que se pretenda efetivamente transformadora, hoje, necessita, obrigatoriamente, encarar esta questão: ou se trabalha com a multiplicidade de nossas territorializações, ou não se alcançará a transformação que almejamos... Geograficamente falando, pensar multiterritorialmente significa pensar tanto em múltiplos poderes (ou “governanças”) quanto em múltiplas identidades (em espaços culturalmente mais híbridos) e mesmo em múltiplas funções (a “multifuncionalidade” econômica) — em síntese, um debate complexo em prol da perspectiva maior de construção de uma outra sociedade, ao mesmo tempo mais universalmente igualitária e mais multiculturalmente reconhedora das diferenças humanas (Haesbaert, 2007).

O SUS previu, em sua concepção, a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde. Para alcançar estas metas, organizar o SUS numa perspectiva territorial assume um papel estratégico. A proposta de constituição de RAS toma como estratégia operacional uma demarcação de áreas da abrangência que correspondam aos pontos das RAS e seus diferentes níveis de adensamento tecnológico (Santos; Rigotto, 2010).

Com suas diretrizes organizativas, o SUS previu a descentralização, que guarda uma correlação importante com as concepções de território e multiterritorialidade. Nesse sentido, os (múltiplos) territórios (urbano, rural, floresta, entre outros) constituem-se como áreas específicas das ações de saúde dirigidas para as respectivas populações específicas e que tem diferentes composições, sejam elas quantitativas ou qualitativas (Santos; Rigotto, 2010).

A partir da década de 1990, com a implantação e a consolidação do SUS, ocorre a estruturação e a organização das RAS. A territorialização se inicia pela APS, onde há a delimitação de áreas de atuação das equipes de saúde. Para além dessa perspectiva gerencial de delimitação de áreas de atuação, o SUS foi importante para incorporar múltiplas dimensões do território (multiterritório) e contribuiu para (Gondin; Monken, 2017):

1. Identificar e compreender saberes múltiplos;
2. Compreender o processo saúde–doença, bem como seus determinantes;
3. Reconhecer as singularidades de cada espaço e suas dinâmicas sociais, econômicas e políticas;
4. Organizar serviços para o enfrentamento de problemas e das necessidades da população;
5. Definir ações de cuidado à saúde.

3.3 EQUIDADE E OS PROCESSOS DE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM CAMPO COM MÚLTIPLAS DIMENSÕES E DESAFIOS

Identificar as múltiplas dimensões da equidade nos processos de trabalho é fundamental no SUS. Nesse sentido, a fim de compreender o trabalho na saúde, é importante reconhecer que raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, etnia e faixa etária são inter-relacionadas e se moldam mutuamente tendo o poder de influenciar as relações sociais (Brasil, 2023a). No Brasil, há um empenho para reduzir as iniquidades em saúde, considerando a equidade no acesso a serviços de saúde (Barros; Sousa, 2016). Assim, garantir que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de condição socioeconômica, localização geográfica, gênero ou etnia, é uma maneira de assegurar a equidade no SUS (Brasil, 1988).

A constitucionalidade do SUS não garante por si só a efetivação da equidade, é necessário que os profissionais de saúde possam dar respostas às demandas dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. No âmbito dos processos de trabalho, o acolhimento é uma postura dos profissionais de saúde comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH). Por exemplo, na APS, uma das diretrizes específicas da PNH é “estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema” (Brasil, 2004).

Figura 10. Acolhimento das gestantes no Programa Mãe Olinda, promovido pela Prefeitura de Olinda, Pernambuco.



Fonte: Passarinho. Prefeitura de Olinda, 2009. Wikimedia Commons. [CC BY 2.0](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Passarinho_Prefeitura_de_Olinda_2009)

Encerramento do módulo

Nesta jornada de aprendizado, mergulhamos profundamente no tema da saúde como um direito universal e essencial para o bem-estar de todos os cidadãos. No decorrer das unidades, exploramos os conceitos de saúde ao longo da história e a reemergência da Medicina Social, destacando a importância da promoção da saúde como uma abordagem holística e preventiva.

A Reforma Sanitária Brasileira foi abordada como um marco importante na busca por um sistema de saúde mais justo e igualitário, introduzindo o Conceito Ampliado de Saúde e colocando a equidade no centro das políticas públicas de saúde. Compreendemos a evolução do conceito de equidade, sua relevância e relação intrínseca com a justiça social, especialmente no contexto do SUS.

Exploramos os diferentes aspectos da equidade em saúde e suas implicações para o SUS, reconhecendo a necessidade de políticas e práticas que levem em consideração as diversas realidades e necessidades da população. Discutimos também os conceitos de território e territorialidade em saúde, reconhecendo sua importância na organização das RAS e na promoção da equidade.

Por fim, refletimos sobre a intersecção entre território, diversidade e equidade, reconhecendo a complexidade dos territórios e suas múltiplas dimensões. Ao compreender esses conceitos, estamos mais preparados para promover uma abordagem mais justa e equitativa no cuidado com a saúde, reconhecendo e respeitando as particularidades de cada indivíduo e comunidade. Ao final desta jornada, esperamos que você tenha adquirido um entendimento mais profundo sobre a importância da equidade em saúde, sua aplicação no SUS e a relevância dos conceitos de território e territorialidade.

MÓDULO 02

Promoção da equidade no Sistema Único de Saúde



Introdução do módulo

Neste módulo, iremos conceituar os Determinantes Sociais de Saúde, individuais e contextuais, exemplificando-os. Iremos explicar também como eles podem afetar a saúde das pessoas através de alguns exemplos. Ao todo, são quatro grandes teorias, que possuem atualização para o contexto mais moderno. As desigualdades em saúde não são estáticas, elas variam de lugar a lugar e ao longo do tempo. Assim, é fundamental discutir estratégias amplas para atacar e tentar reduzir as desigualdades sociais em saúde.

Também iremos ver conceitos básicos relacionados aos serviços de saúde, incluindo barreiras que dificultam e impedem o uso. Desta forma, conseguiremos identificar desigualdades sociais no uso de serviços e como a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode reduzir tais iniquidades. Mesmo que os serviços de saúde possam não reduzir as desigualdades sociais ou impactar largamente no quadro epidemiológico, é essencial que as pessoas doentes que precisem de tratamento consigam usar os serviços. O acesso a serviços de saúde é um direito universal.

E ao término deste módulo, esperamos que você seja capaz de reconhecer políticas públicas de enfrentamento de iniquidades sociais em saúde. Vamos lá nos aprofundar um pouco mais nessa discussão?

Bons estudos!

Determinação social

11 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Segundo Krieger (2001, p. 697), os DSS “são os fatores sociais, políticos e econômicos inter-relacionados que criam as condições em que as pessoas vivem, aprendem, trabalham e se divertem e esses fatores afetam direta ou indiretamente a saúde das pessoas”.

Neste sentido, no ano de 1974, Marc Lalonde, então Ministro da Saúde do Canadá, publicou um relatório que reconheceu que a saúde das pessoas não era determinada apenas por fatores biológicos e genéticos ou pelo acesso a serviços de saúde (Lalonde, 1974). O ponto principal era que uma autoridade nacional incluiu que a saúde também era afetada pelo ambiente (físico e social) e pelos estilos de vida (comportamentos individuais).

Em 2005, a OMS lançou um movimento mundial, criando uma Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde. Comissões locais foram estabelecidas em muitos países, incluindo o Brasil, com os objetivos de (Buss; Pellegrini Filho, 2007):

1. Avançar e consolidar uma abordagem aos problemas de saúde pública;
2. Estudar os efeitos dos determinantes sociais de saúde; e
3. Propor políticas adequadas para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades.

Um dos objetivos das comissões era aumentar a consciência pública sobre o tema, e por isso foram incluídos nas comissões, além de pesquisadores, políticos, artistas, esportistas e pessoas influentes com interesse na causa.



PARA SABER MAIS



Acesse o relatório final da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais em Saúde publicado pela OMS no periódico The Lancet em 2008, em português e verifique mais informações sobre igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.

[Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.](#)

Os determinantes sociais de saúde podem ser classificados em duas categorias principais: estruturais e individuais, que veremos mais a seguir.

1.1.1 DETERMINANTES ESTRUTURAIS DE SAÚDE

Os Determinantes Estruturais de Saúde são características exteriores aos indivíduos e também podem ser chamados de contextuais. Eles geralmente são variáveis medidas em nível geograficamente amplo, como em nível de país, estado, cidade ou até mesmo bairro (Celeste; Nadanovsky, 2010).

Esses determinantes são conhecidos há muitos séculos. Por exemplo, no século XIX, Rudolf Virchow, médico, sanitarista e político alemão, ao estudar uma epidemia de febre tifoide, escreveu que um caso pode ser visto como um problema relacionado a uma pessoa (falta de higiene pessoal) que vive exposta a fatores de risco.

No entanto, uma epidemia (aumento do número de novos casos) é um problema na estrutura da sociedade (falta de água encanada e tratada) (Taylor; Rieger, 1985). A epidemia de febre tifoide não era meramente o fato de haver várias pessoas vulneráveis expostas a um determinado fator, ou seja, não era apenas a multiplicação de casos, mas sim a influência de diferentes fatores.

A ideia de Determinantes Estruturais traz o conceito de holismo, termo criado por Jan Smuts (1870–1950), em que o conjunto é mais do que a soma das partes (Teixeira, 1996). Para entendermos melhor, um exemplo de indicador estrutural muito usado é a renda média de um país, ou cidade, porém essa média reflete mais do que meramente a soma das rendas individuais divididas pelo número de habitantes do local. Uma pessoa pobre tem um risco de desenvolver uma doença se ela morar em um bairro em que os vizinhos são ricos, mas tem um risco maior se essa mesma pessoa morar em um bairro em que os vizinhos são mais pobres.

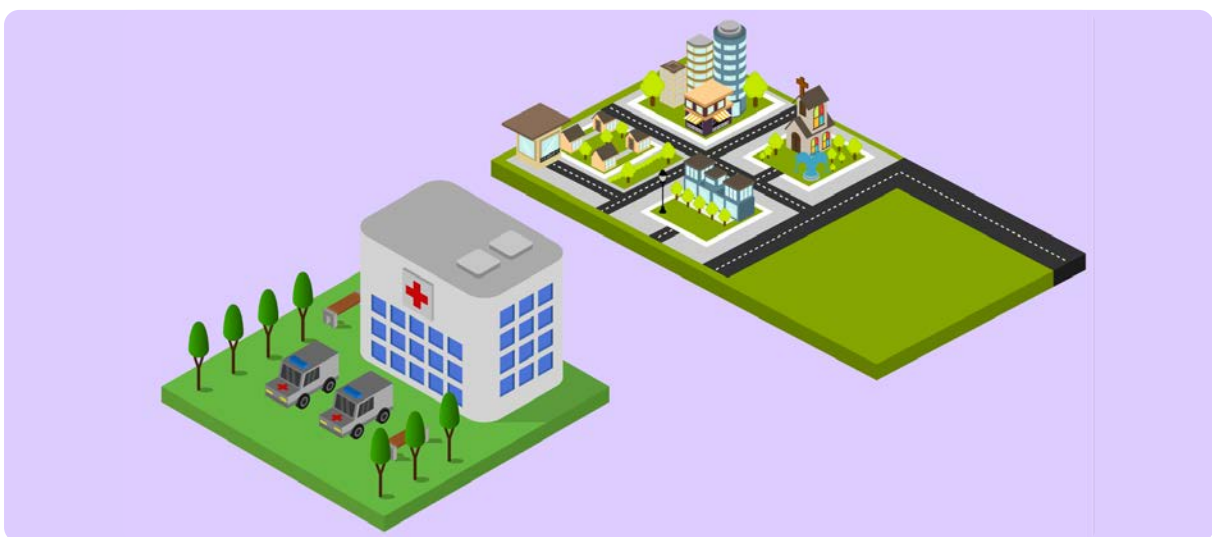


REFLETINDO

Diante disso, e sabendo que os Determinantes Estruturais são externos ao indivíduo, quais variáveis estruturais você identificaria no seu entorno social, como na sua moradia, no seu trabalho e outros?

Podem ser diversos os exemplos de variáveis estruturais, destacando-se, por exemplo, características gerais, como a presença de arborização, desertos de equipamentos sociais como praças, escolas, comércios, restaurantes e bares, hospitais e profissionais de saúde, presença de linhas de ônibus, delegacia de polícia, supermercados, entre outros. Em alguns lugares, é comum encontrar bairros apenas residenciais, sem a presença desses equipamentos, forçando as pessoas a morarem longe do trabalho e dependerem do transporte público ou terem que usar seus carros.

Figura 11. Representação gráfica de bairro modelo com variados equipamentos sociais.



Fonte: Adaptado de Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

Essa é uma característica do bairro, e não das pessoas que ali residem, e reflete nas políticas de urbanização. Além de políticas públicas que decidem sobre tais equipamentos, a política pública é decisiva na implantação de unidades de saúde, influenciando assim o acesso e a cobertura de serviços públicos de saúde (Celeste; Nadanovsky, 2010). Igualmente importante, a presença de água e de esgoto tratado é uma política pública que afeta enormemente a saúde das pessoas. A presença de arborização e alto número de carros e ônibus estão associados à poluição que leva a doenças respiratórias, porém não estão causalmente associados ao câncer de cólon ou à cárie dentária, por exemplo.



IMPORTANTE

Nem todos os fatores contextuais estarão associados a todas as doenças, há um certo grau de especificidade.

Do ponto de vista das desigualdades sociais, **Determinantes Estruturais de desigualdades** são aqueles fatores que geram e mantêm uma estrutura de classes. Esse conceito é um pouco diferente porque os determinantes de saúde estão associados ao desenvolvimento de doenças, mas Determinantes Sociais são as causas das causas (Barata, 2009).

Pode-se pensar que a causa de uma doença é a pobreza, mas qual é a causa da pobreza? Fatores que não apenas geram pobreza, mas aumentam as diferenças (de renda) entre os mais ricos e mais pobres são Determinantes Estruturais.

Comumente, tais determinantes incluem políticas públicas nas áreas econômica e social e afetam a geração de emprego e renda, mas também a proteção social para quem temporária ou permanentemente não consegue se inserir no mercado de trabalho.

Exemplos de políticas de proteção social incluem auxílio desemprego, licença maternidade, aposentadorias e programas de transferência direta de renda, como por exemplo o Bolsa Família (Barata, 2013).

11.2 DETERMINANTES INDIVIDUAIS DE SAÚDE

Os Determinantes Individuais de Saúde são características em nível de indivíduo, sejam fixas ou não, como idade, sexo, fatores hereditários, entre outros (Dahlgren; Whitehead, 1991). Variáveis, como sexo biológico ao nascer, idade (data de nascimento) ou cor da pele, são características que não se alteram ao longo da vida e podem ou não estar associadas a determinada doença por diferentes mecanismos. Por exemplo, enquanto pessoas de cor de pele mais escura têm menor risco de câncer de pele, pessoas com idade avançada possuem maior risco de declínio cognitivo. Porém, a cor da pele não está associada com declínio cognitivo, porque nem todos os fatores estão associados a todas as doenças.

Há também fatores individuais que podem ser mudados ao longo da vida. Dentre esses, incluem-se os comportamentos em saúde, que estão dentre os fatores mais estudados na área de saúde. Fatores relacionados à dieta, aos exercícios, ao consumo de cigarros e álcool e ao uso de serviços de saúde são muito relatados na literatura não apenas como fatores de risco, mas também na área de intervenções comportamentais.

Figura 12. Exemplos de determinantes individuais de saúde do tipo comportamentais.



Fonte: Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

Fatores psicológicos são uma gama enorme de fatores que incluem o estresse, a solidão, as características como resiliência, otimismo, capacidade cognitiva, coesão social, ansiedade e depressão têm sido relacionados a uma série de doenças (Teh *et al.*, 2015). Por fim, fatores sociais como renda, posse de bens e nível educacional são clássicos fatores abordados em estudos epidemiológicos especialmente porque costumam estar associados a um grande número de doenças por meio de diversos mecanismos distintos (Braveman; Gottlieb, 2014).

Esse último grupo dos fatores sociais é considerado tão importante que, em 2005, a OMS criou a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), conforme abordado anteriormente.

No Brasil, uma comissão nacional foi formada, assim como em muitos outros países, e os resultados foram difundidos pela Fundação Oswaldo Cruz (ENSP Fiocruz, 2024).



PARA SABER MAIS



A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca disponibiliza um portal dedicado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSSBR), no qual é possível acessar uma variedade de informações e notícias relevantes sobre esse tema. Para saber mais, acesse o site:

[DSSBR: Promovendo a equidade em saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.](#)

1.2 IMPACTO DOS FATORES SOCIAIS NA SAÚDE DAS PESSOAS

Os fatores sociais estão associados a diversos desfechos em saúde por diferentes mecanismos. Embora a ideia de determinação social seja conhecida desde muito tempo, tomou mais protagonismo no século XIX com o relatório de Chadwick na Inglaterra, em 1842 (Buss; Pellegrini Filho, 2007), comparando diferentes categorias sociais, ou Louis-René Villermé na França, com o desenvolvimento de trabalhos de observação do ambiente social, fornecendo um modelo de referência para a investigação de cunho médico-social (Tsoucalas *et al.*, 2012).

Departamento de Saúde e Seguridade Social

Porém, foi apenas no ano de 1980, na Inglaterra, que o Departamento de Saúde e Seguridade Social (Ministério da Saúde) comissionou um grupo de trabalho para não apenas descrever as tendências nas desigualdades sociais, mas trazer também um conjunto de explicações.

Black Report

O trabalho, conhecido como *Black Report*, foi coordenado por Douglas Back, Peter Townsend, Jerry Morris e Cyril Smith e teve um impacto enorme, porque a concepção da época era de que os serviços de saúde teriam capacidade de melhorar a saúde e reduzir as desigualdades (Barreto, 2017).

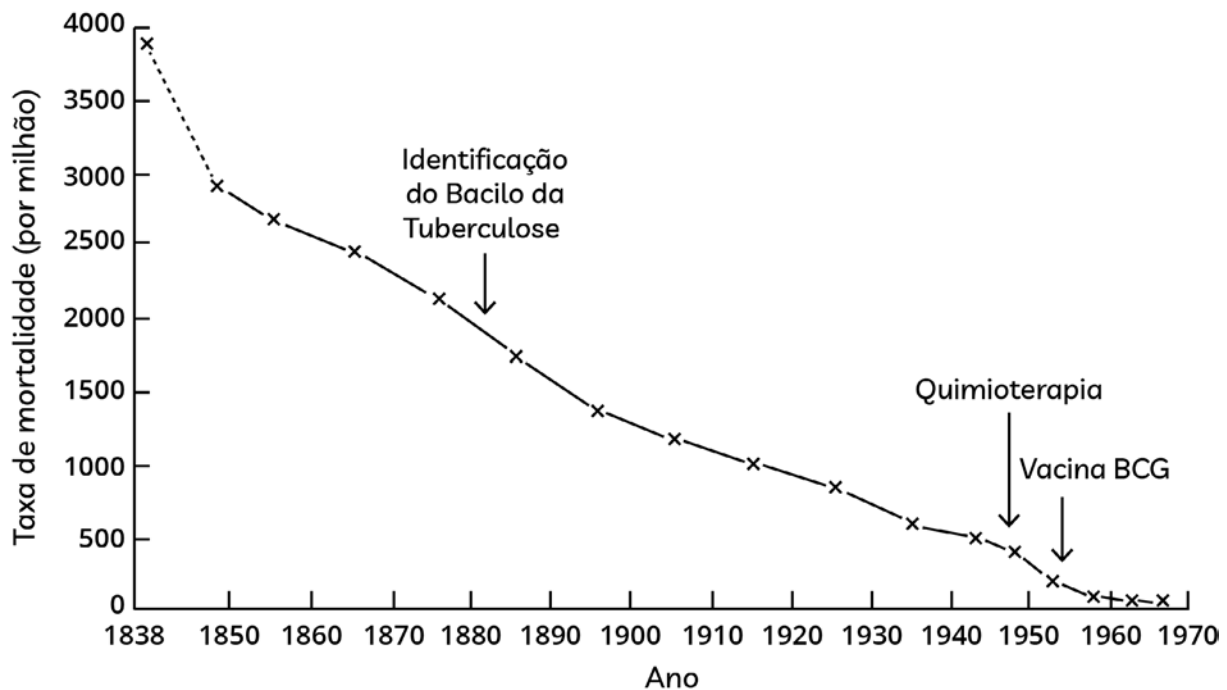
Após a Segunda Guerra Mundial, vários países implementaram sistemas públicos de saúde, e o Reino Unido foi um dos mais amplos.

O direito à saúde, assim como no Brasil, foi assegurado pelo Estado através da provisão de serviços de saúde universais e gratuitos (Brasil, 1988). A expectativa era de que as desigualdades sociais fossem reduzidas, porém uma série de análises na década de 70 mostraram que o impacto dos serviços de saúde no quadro epidemiológico era bem menor do que se pensava (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Por exemplo, em seu livro sobre o papel da medicina (*The Role of Medicine*), Thomas McKeown apresentou evidências históricas de que a redução de mortalidade por quase todas as doenças infecciosas entre o início de 1800 até 1970 aconteceram antes da disponibilidade de vacinas.

Os principais fatores que explicaram a enorme queda foram melhorias em condições econômicas e sociais, como condições sanitárias (água potável e saneamento básico), dieta apropriada e redução da desnutrição. Além do pequeno impacto das vacinas efetivas, McKeown também desafiou que mudanças comportamentais, como higiene pessoal, fossem fatores importantes (McKeown, 1979).

A figura a seguir mostra a redução na taxa de mortalidade por tuberculose na Inglaterra e no País de Gales. A taxa de mortalidade em 1838 era de 4 mil óbitos por milhão de habitantes e quando a vacina foi introduzida em larga escala em 1952, a taxa estava abaixo de 400, uma redução maior de 90%. O gráfico mostra que a descoberta do bacilo, algo muito importante para o controle da doença, não surtiu efeito por si só, pois o desenvolvimento da vacina levava muitos anos. De fato, desde então, uma série de autores têm questionado se o acesso e o uso de serviços é um determinante mais ou menos importante do que outros fatores (Pincus *et al.*, 1988).

Figura 13. Declínio na taxa de mortalidade por tuberculose na Inglaterra e no País de Gales.

Fonte: Adaptado de LETTOW, M.v.; WHALEN, C. Tuberculosis. In: SEMBA, R. D.; BLOEM, M. W.; PIOT, P. **Nutrition and Health in Developing Countries**. Humana Press, 2008. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-464-3_10#Fig2_10. Acesso em 09 out. 2024.

Outro exemplo nesse sentido se relaciona à redução no nível de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade entre os anos 70 e 80, em que os serviços odontológicos foram relacionados somente a 3% da redução da cárie dentária, e os fatores socioeconômicos, 65% desta redução, que foi explicada por fatores como acesso ao flúor e pela inserção das mulheres no mercado de trabalho — seja pela maior frequência de higiene dental ou pelo uso de dentifrício (creme dental) fluoretado com seus filhos em menores idades (Nadanovsky; Sheiham, 1995).

13 DO BLACK REPORT ATÉ O SÉCULO XXI: CLASSE SOCIAL E SAÚDE

O que foi apresentado até o momento leva à compreensão da relação entre os aspectos socioeconômicos e as condições de saúde. Nesse sentido, procurando explicar de fato essa relação de forma verdadeira, o grupo de trabalho que redigiu o *Black Report* compilou uma série de explicações para a consistente associação entre classe social e diversas doenças crônicas e infecciosas, e até mesmo acidentes. Então, baseados nas críticas existentes, propuseram quatro alternativas que não são excludentes (Whitehead, 1992):

Artefato estatístico

Artefato é algo produzido artificialmente, e essa explicação, de fato, nega a existência de uma associação entre classe social e saúde, por exemplo. A argumentação é de que as desigualdades seriam um produto artificialmente criado por problemas metodológicos. Segundo alguns críticos, haveria erros nos numeradores e nos denominadores. Os numeradores teriam erros de notificações nos diagnósticos que chegavam na vigilância e nos sistemas de informação, bem como haveria erros no denominador em classificar quem era de baixa ou alta classe social. Por exemplo, as esposas e as crianças eram classificadas com a classe social do marido e “chefe” do lar, algo que já não fazia muito sentido naquela época e não representava a real classe social das mulheres em termos de educação e renda. É reconhecido que há erros em denominador e numerador para cálculos de taxas de incidência ou mortalidade, porém, avaliações sobre a quantidade e a direção dos erros mostram que os impactos não geram associações, e a correção não removeria.

Seleção Social

Nessa explicação, que é verdadeira, haveria uma inversão causal, em que a doença seria a causa da pobreza e não o contrário como normalmente vem à mente. É comum algumas famílias terem que vender bens e um dos pais parar de trabalhar para tomar conta de crianças com doenças graves.

É igualmente conhecido o conceito de gastos catastróficos em saúde, quando o custo de assistência e remédios compromete mais de 20% do orçamento familiar, forçando a redução de gastos em lazer, alimentação, aluguel ou outras despesas. No Brasil, os gastos catastróficos em saúde variaram de 2 a 16% das famílias segundo dados do POF/IBGE, e atingem exatamente as famílias mais pobres (Barros; Bastos; Dâmaso, 2011).

Comportamentos em saúde

Nessa explicação, os motivos para as pessoas mais pobres e com menor nível educacional terem pior saúde residem em teorias comportamentais. Genericamente falando, os grupos de classes sociais desfavorecidas tendem a ter maior percentual de pessoas fumantes, sedentárias, com alimentação inadequada, visitam menos os profissionais de saúde quando necessitam e em especial fazem menos visitas preventivas para diagnóstico precoce.

Ao passo de que essa explicação é verdadeira, há problemas se forem feitas interpretações simples. Um deles é assumir que os comportamentos são opções feitas em total liberdade de escolha. Em boa parte, as opções refletem as normas sociais dos grupos com os quais vivemos e trabalhamos, e são esses grupos que definem os valores socioculturais sobre comportamentos aceitáveis. Além disso, em grande medida, as opções disponíveis são limitadas. Para uma pessoa estressada no trabalho, a opção de fazer uma corrida num parque arborizado ao final da tarde é limitada porque os bairros mais pobres não possuem parques ou não têm segurança.

A descrição acima não significa que todos os comportamentos são 100% fruto do meio, porque as pessoas raramente possuem apenas uma opção. Porém, as incertezas fazem com que seja difícil atribuir dado comportamento insalubre a uma opção do indivíduo. É sempre bom lembrar que nenhum fumante fuma porque quer morrer de câncer de pulmão, mesmo que essa seja uma consequência conhecida, e parar de fumar é sempre possível, afinal, os fumantes não são obrigados a fumar. A questão residual é: qual motivo leva a pessoa a fumar? Não é racional fazer opções que causam doenças. Da mesma forma, pessoas que comem mais do que precisam e não fazem exercícios podem ficar obesas. Ninguém fica obeso para ter diabetes ou ter dificuldade em se sentar em uma cadeira pequena.

Condições Materiais e Estruturais

Nessa última explicação, o relatório Black aponta que as classes sociais mais pobres têm mais doenças pelas condições estruturais e materiais de vida. Nessa linha de raciocínio, morar num bairro sem saneamento básico, com esgoto a céu aberto, faz com que o risco de doenças infecciosas aumente enormemente. Em muitos lugares do mundo, e em alguns lugares do Brasil, ainda há pessoas sem luz elétrica e sem água encanada (IBGE, 2023). Imaginar que uma geladeira só funciona com eletricidade implica não conservar a comida sem ter luz. Nisso, as pessoas ou comeriam comida estragada, ou teriam que fazer comida no fogão o tempo todo.

Nas regiões frias, não ter aquecedor ou uma casa quentinha com roupas adequadas é um problema associado a uma série de doenças respiratórias, em especial em crianças. Estimativas indicam que metade da população mundial vive abaixo da linha da pobreza, isto é, abaixo de 3,2 dólares (em média 15 reais, conforme cotação em abril/2024) por dia em países de renda média como o Brasil (Banco Mundial, 2018).

As condições estruturais de vida e trabalho incluem não apenas renda para comprar comida e bens de consumo, mas também um nível educacional adequado para entender o contexto e tomar decisões. Estão no contexto de vida e trabalho, as condições de trabalho e os fatores como segurança pública, transporte público, poluição no bairro, acesso a serviços adequados de saúde e remédios que podem salvar vidas (Barata, 2009).

1.4 TEORIAS NEOMATERIAL E PSICOSSOCIAL

No mundo moderno, e em especial em países urbanizados e ricos, problemas como falta de luz e água, ou mesmo moradia digna, já foram resolvidos. As condições materiais de vida de uma pessoa pobre em países ricos como Suécia, Canadá e Japão são muito boas e não falta comida, roupa e moradia. Mesmo no Brasil, na zona urbana, virtualmente, todas as crianças possuem acesso à educação básica, e quase todas as casas contam com luz elétrica e água encanada.

No entanto, é fácil observar que o gradiente socioeconômico ainda existe e é um espelho do grau de saúde dessas pessoas. Mesmo nessas sociedades, as pessoas mais pobres, mesmo não estando sob pobreza absoluta, possuem pior saúde e mais doenças (Marmot *et al.*, 2008). Quais poderiam ser as explicações? Vejamos a seguir.

Segundo a teoria neomaterial, não é o acesso aos bens materiais que diferencia os mais pobres e mais ricos, porém a qualidade desses bens (Lynch *et al.*, 2000).

Um exemplo é a qualidade da educação, da assistência médica, da moradia, da alimentação e até das condições de trabalho. Pequenas diferenças qualitativas se acumulam ao longo da vida, ampliando as desigualdades socioeconômicas em saúde, que resultam em grandes iniquidades na idade adulta.



REFLETINDO

Um elemento chave da teoria psicossocial é o estresse crônico. Você já parou para pensar como isso pode ter influências diferentes de acordo com a ocupação profissional ou outras características de vida de um grupo de pessoas?

Para essa reflexão, pode-se pensar em ocupações como motorista de ônibus ou caminhão, que demandam um alto nível de estresse porque os prazos precisam ser cumpridos, mesmo que os motoristas não tenham controle sobre o trânsito. São profissões que requerem concentração constante e alto treinamento, porém não há uma remuneração alta e férias prolongadas. Assim, é comum o hábito de fumar como forma de lazer ou para reduzir o estresse. Um exercício interessante é comparar os motoristas de ônibus com os pilotos de avião, profissões com similar demanda e responsabilidade, porém com diferenças marcantes em termos de prestígio social, controle, entre outros fatores.

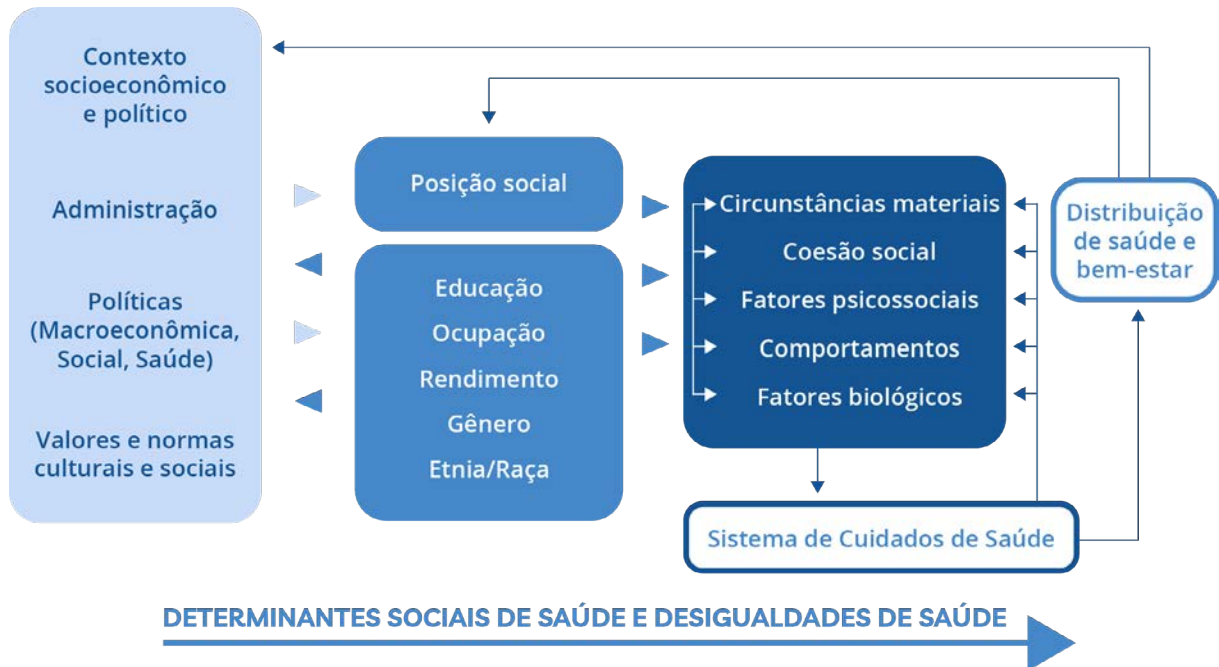
O estresse crônico, além de induzir a comportamentos insalubres, pode ter efeitos diretos nas condições de saúde (Wilkinson, 1997). O mais relatado na literatura é o aumento de hormônios como cortisol. Esses hormônios estão associados a efeitos de longo prazo em alguns órgãos e em especial na redução do sistema imunológico. Outro efeito direto do estresse é em relação a doenças mentais como ansiedade, depressão e transtornos mentais menores como perda do sono (Marmot; Wilkinson, 2001).

1.5 TEORIA GERAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS

Uma teoria unificada com vários mecanismos, incluindo variáveis individuais e contextuais, foi publicada pela OMS no relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde (CDSS, 2010). Como pode ser observado no modelo apresentado no esquema abaixo, as setas mostram a direção das associações, porém, é fácil observar que muitas variáveis possuem setas bidirecionais, indicando que uma variável pode reforçar a outra.

Por exemplo, pessoas em posição social desfavorável possuem poucos recursos, sejam educacionais ou materiais, para influenciar mudanças em políticas de saúde e/ou mesmo economia. Por sua vez, um município com políticas tímidas tende a manter pessoas na posição social original, com poucas oportunidades de ascensão social.

Figura 14. Modelo conceitual de determinantes de saúde da Comissão para Determinantes Sociais de Saúde.



Fonte: Adaptado de CDSS, 2010.

O modelo da OMS coloca **determinantes sociais contextuais** como os fatores mais distais no processo de produção de saúde-doença (azul claro). Fatores socioeconômicos individuais são considerados intermediários (azul médio), mas observa-se que os fatores descritos pelo *Black Report* fazem parte do bloco mais próximo do desfecho em saúde (azul escuro). Observa-se que o modelo inclui fatores biológicos, que podem ser considerados como consequências de fatores comportamentais, materiais ou psicossociais. Como fatores comportamentais, o uso de serviços de saúde é um componente.

Tendência em desigualdade e o impacto de políticas de saúde

2.1 TENDÊNCIAS EM SAÚDE POR SUBGRUPO

O que são as desigualdades sociais em saúde e como se medem as tendências de desigualdades socioeconômicas em saúde?

Figura 15. Contraste das condições de moradia entre classes sociais.



Fonte: Adaptado de Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

Como o nome sugere, as desigualdades sociais são as diferenças entre dois grupos, geralmente definidos como pessoas mais pobres e mais ricas.

Por exemplo, se a taxa de mortalidade infantil é de 10 óbitos anuais por mil nascidos vivos, em um dado ano no grupo de crianças cujos pais são ricos, mas essa taxa é de 30 óbitos no grupo de crianças mais pobres, então a desigualdade absoluta é de 20 óbitos, ou meramente a subtração. Do ponto de vista relativo, a desigualdade é 3 vezes maior no grupo mais pobre.

Como outro exemplo, tem-se a expectativa de vida na Suécia e no Japão que é superior a 80 anos, enquanto em alguns países africanos ela é abaixo de 50 anos de vida (Marmot, 2015), diferença de mais de 30 anos em expectativa de vida.

Tais diferenças são consideradas injustas e são também chamadas de **iniquidades**, bem como diferenças por raça e outros fatores sociais. Quando se mede de forma repetida essas diferenças ao longo dos anos, pode-se avaliar se elas aumentam ou diminuem. Muitas vezes o termo “desigualdades” é usado como uma forma abreviada para se referir a desigualdades socioeconômicas em saúde.

Uma tendência de forte declínio de mortalidade em geral tem sido relatada em países ricos da Europa (Mackenbach *et al.*, 2018), no Canadá e nos Estados Unidos, mas também em países do grupo dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) (Mújica *et al.*, 2014; Chowdhury *et al.*, 2017). Porém, persistentes desigualdades permanecem e, às vezes, até aumentam.

Na área de vigilância epidemiológica, o monitoramento de tendências em saúde é algo não apenas importante, mas também rotineiro. Para essa tarefa, sistemas de informação são construídos e alimentados rotineiramente, no Brasil e em quase todo o mundo. Sistemas de informação em mortalidade com a causa morte, idade, sexo e local de ocorrência estão dentre as informações comumente alimentadas.

Você já parou para como seria importante termos um sistema de informação voltado para as iniquidades em saúde?

Seria sim, muito importante. E ainda não o temos, principalmente porque ainda são poucos os indicadores de equidade, e para isso a vigilância deveria ter indicadores específicos calculados com dados de cada pessoa, ou caso notificado, sobre raça, educação e posição social/ocupação.

No entanto, uma busca por tais informações nos sistemas do DATASUS mostra que campos como educação contém dados faltantes para quase metade dos casos. No ano 2000, 40% dos atestados de óbito não continham informações sobre educação e 16% sobre raça; em 2022 esses números ainda são 17% e 2,5%, respectivamente. A avaliação de políticas públicas no geral e políticas específicas em saúde necessita de dados que sejam notificados pelos profissionais de saúde. O papel dos profissionais de saúde, tanto no setor público como privado, para notificações adequadas é vital nesse aspecto.



PARA SABER MAIS



O Datasus é o Departamento de Informática do SUS, criado em 1991. Ele controla e processa informações de mais de uma centena de sistemas de informações que são alimentados pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, através dos setores de vigilância em cada um. Dentre alguns sistemas mais conhecidos estão o Sistema de Mortalidade (SIM), o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN).

O site do Datasus disponibiliza informações de saúde em nível municipal, estadual e nacional através do TabNet ou TabWin, como Assistência à Saúde da população e os cadastros (Rede Assistencial). Para saber mais sobre as informações disponibilizadas através do Tabnet, acesse:

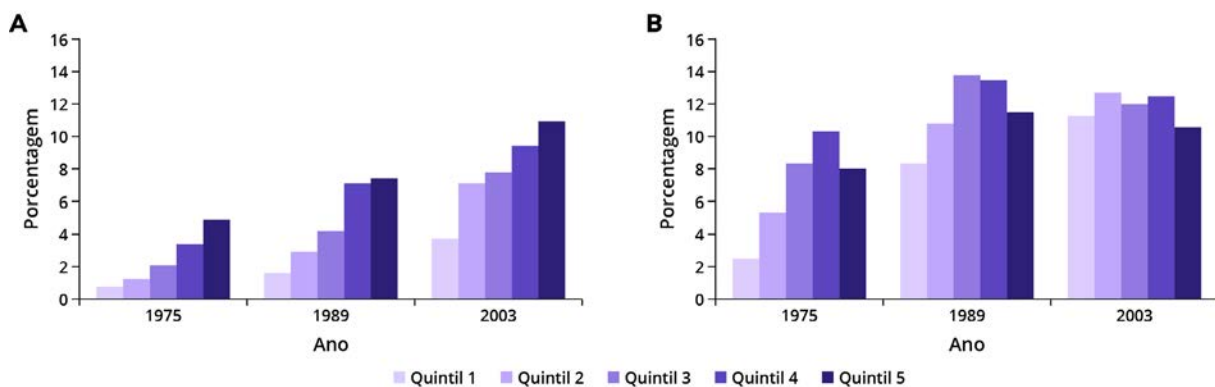
[TabNet - Datasus.](#)

Apesar da profusão de estudos sobre tendências em saúde, ainda há muito menos evidências a respeito de tendências em desigualdades socioeconômicas em saúde, e com resultados muitas vezes conflitantes. Por exemplo, enquanto a prevalência de adultos desdentados reduziu fortemente no Brasil entre os inquéritos epidemiológicos de saúde bucal de 1986 e 2002, as desigualdades na prevalência de ter todos os dentes na boca parece ter aumentado (Celeste; Nadanovsky, 2010).

A diferença na prevalência em ter todos os dentes em boca entre mais ricos e mais pobres era de 3.0 pontos percentuais (6,6% – 3,6% nos ricos = 3,0%); em 1986, ela aumentou para 7.4 pontos (10,7% – 3.3% = 0,4%) em 2003. Às vezes, o motivo é a forma como se medem as desigualdades, porque em prevalências muito baixas, pequenas diferenças absolutas (diferença entre prevalências) podem ser relativamente grandes (divisão entre prevalências).

Em situação oposta, o gráfico abaixo mostra tendências socioeconômicas em obesidade por renda.

Figura 16. Tendências em obesidade por quintil de renda (Q1- mais ricos, Q5- mais pobres) para homens (a) e mulheres (b), no Brasil entre 1975 e 2003.



Fonte: Adaptado de MONTEIRO *et al.* Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975–2003. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 10, p. 1808–1812, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.2006.099630>. Acesso em: 10 out. 2024.

O gráfico mostra que, entre as mulheres, as diferenças entre as mais ricas e mais pobres diminuíram entre 1975 e 2003 porque a obesidade em geral aumentou no grupo de mulheres mais ricas. Obviamente, ninguém almeja reduzir desigualdades às custas de uma piora geral nos indicadores de saúde. Por isso, é importante destacar que os indicadores para medir desigualdades socioeconômicas são complexos e requerem uma interpretação cuidadosa.

2.2 HIPÓTESE DA EQUIDADE INVERSA

Em 2000, o professor Cesar Victora, da Universidade Federal de Pelotas, publicou um artigo clássico no qual ele e seus coautores descreveram uma teoria para explicar as tendências em desigualdades socioeconômicas em saúde (Victora *et al.*, 2000). Essa teoria é conhecida como **Hipótese da Equidade Inversa** e é inspirada na Hipótese do Cuidado Inverso, publicado por Tudor Hart (Hart, 1971).

Hipótese do Cuidado Inverso

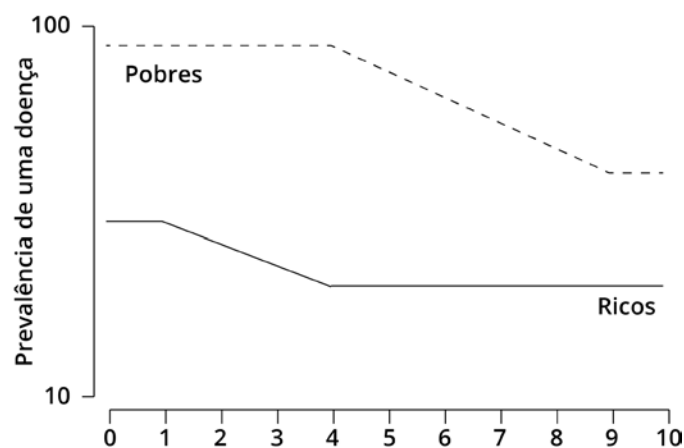
A Hipótese do Cuidado Inverso diz que o nível de acesso a cuidados em saúde é inversamente proporcional à necessidade dos indivíduos (Hart, 1971). Profissionais de saúde em áreas com maior morbidade e mortalidade costumam estar sobrecarregados, possuem menos centros de apoio/referência para atenção especializada/hospitalar, utilizam prática e métodos ineficazes com maior frequência, possuem equipamentos e infraestrutura obsoleta. Essas áreas tendem a ser mais pobres, de forma que os pacientes teriam menos condições de vida para resolver seus problemas sozinhos e dependem em um maior grau dos profissionais de saúde.

Hipótese da Equidade Inversa

A Hipótese de Equidade Inversa explica o que pode acontecer com as desigualdades sociais em saúde quando uma intervenção em saúde pública é introduzida na sociedade. A hipótese não é facilmente testável porque raramente existe apenas uma intervenção preventiva e muitas alternativas são introduzidas em momentos diferentes ao longo do tempo.

A ideia básica postula que um problema de saúde pública existe, e há muitos casos na sociedade, com largas desigualdades estabelecidas, como mostra o gráfico abaixo já no ano zero.

Figura 17. Tendências na prevalência de uma doença ao longo de 10 anos, estratificado por renda.



Fonte: Adaptado de Victora *et al.*, 2000.

Como mostra o gráfico, o ano zero é a introdução de uma intervenção preventiva e a prevalência da doença vai declinando ao longo do tempo, porém não de forma igual em diferentes grupos sociais. No grupo mais rico, o declínio inicia no ano 1, enquanto no grupo dos mais pobres inicia somente no ano 4.

Isso aconteceria porque os grupos mais ricos possuem mais acesso à intervenção inicialmente até que seja disponibilizada em larga escala e seja acessível para o grupo mais pobre, levando também mais tempo para atingir uma alta cobertura populacional.

A teoria da equidade inversa é fundamentada na teoria de difusão de inovação de Everett M. Rogers, publicada em 1962. Rogers estudava a difusão de inovações na área de comunicação, e a mesma lógica foi utilizada como base para a difusão de intervenções em saúde pública (Rogers, 1962).

As intervenções mencionadas são geralmente comportamentais, e a difusão depende de as pessoas terem recursos financeiros para adquirir algumas inovações, mas também conhecimentos para entender os benefícios e a vontade de utilizar.

O mesmo talvez não se aplique a intervenções de base populacional como adição de iodo no sal, ácido fólico na farinha e fluoretos na água. Isso porque intervenções populacionais deveriam ter cobertura total por definição, mesmo que não seja a realidade em muitos casos.

Originalmente, Rogers postulou que inovações na área de comunicação seriam difundidas inicialmente entre pessoas dispostas a correr riscos (inovadores) e posteriormente a uma maioria de adotantes iniciais (*early adopters*), finalmente para uma maioria tardia (*late adopters*) e um grupo refratário a inovações.

Acontece também que inovações são lançadas no mercado a um custo maior, de modo que as pessoas mais ricas possuem condições financeiras de correr riscos.

Por exemplo, algumas vacinas, em especial as mais eficazes e caras, são disponibilizadas no mercado privado onde os preços são inacessíveis à população mais pobre. Isso vale para medicamentos de última geração, e técnicas que apenas médicos e hospitais privados possuem conhecimento e equipamentos para implementar.

Fica claro, portanto, que, após uma intervenção em saúde pública, seria esperado um aumento das desigualdades inicialmente. Após a cobertura populacional atingir patamares mais altos, as desigualdades iriam reduzir. A proposta inicial da hipótese da equidade inversa postula que a cobertura populacional seria o ponto chave para isso, além de haver intervenções altamente eficazes.

2.3 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDUÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE

Os determinantes sociais são fatores amplos que afetam a incidência das doenças, isso é, novos casos. No entanto, o papel dos serviços é relativamente restrito, pois trata das pessoas que necessitam de cuidados e já estão doentes. Reduzir o número de pessoas doentes através de terapias efetivas é a melhor opção, dado que a oportunidade de prevenção quando o paciente doente chega aos serviços de saúde já é passado.

Nesse sentido, programas bem estruturados de APS parecem melhorar a saúde geral da população coberta e reduzir desigualdades sociais em saúde (Starfield; Shi, 2002). Os sistemas de saúde podem atuar na prevenção das doenças, porém isso requer políticas de saúde que atuem em Determinantes Estruturais comumente fora do controle das pessoas, como geração de empregos e renda, ou acesso à educação de qualidade para todos.

Contudo, a assistência à saúde não atua nesses determinantes, ela refere-se ao contato direto dos profissionais de saúde com as pessoas, e essa interface geralmente atua em nível individual e comportamental. Isso porque está fora do escopo dos profissionais de saúde atuar na geração de emprego e renda, que são fatores estruturantes.

Uma revisão de intervenções capazes de reduzir as iniquidades concluiu que intervenções comportamentais, que dependiam de fatores que estão dentro do controle dos indivíduos, teriam menos probabilidade de reduzir desigualdades sociais em saúde, ao passo que intervenções estruturais lograriam mais sucesso (Lorenc *et al.*, 2013).

Apesar de algumas evidências, ainda há poucas e inconclusivas evidências sobre intervenções capazes de reduzir desigualdades. Do ponto de vista clínico, as terapias são testadas em ensaios clínicos randomizados em nível individual e aplicadas no dia a dia dos profissionais de saúde na assistência.

Porém, tais ensaios não avaliam se a efetividade de uma terapia é diferente para diferentes grupos populacionais. Presume-se que o acesso a serviços de saúde poderia reduzir desigualdades, mas evidência recente aponta que não se consegue reduzir nem aumentar (Celeste *et al.*, 2024).



REFLETINDO

Diante do que acabamos de discutir, considerando a influência das intervenções em saúde na redução das desigualdades, quais condutas dos profissionais de saúde teriam potencial ou seriam suporte à redução de desigualdades em saúde?

Uma alternativa que pode ser utilizada no âmbito clínico é a abordagem de “entrevista motivacional”, que consiste em uma escuta não prescritiva em que o profissional mais ouve do que fala, e evita dar conselhos (Miller; Rollnick, 2001). A mudança de hábito é baseada nas possibilidades do cotidiano das pessoas e não em conselhos dos profissionais, e essa abordagem já foi utilizada para treinamento de agentes comunitários (Meyer *et al.*, 2018). Além de ser eficaz, há evidências de que pode reduzir desigualdades sociais em saúde bucal (Faustino-Silva *et al.*, 2019).

Figura 18. Paciente idosa em atendimento em consultório.



Fonte: Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

Intervenções em nível individual e estrutural possuem mecanismos diferentes para reduzir as desigualdades, vejamos:

- Em nível estrutural, a principal explicação diz respeito à cobertura de prevenção; e as desigualdades podem aumentar se a cobertura de prevenção, como vacinas, for maior nos grupos mais privilegiados.
- Em nível individual, a explicação pode ser na forma com que cada pessoa responde a uma determinada exposição, dependendo da presença de outros fatores.

Uma infecção por sarampo, por exemplo, não levaria uma criança bem nutrida a óbito isoladamente; a desnutrição está associada a 6% dos casos de óbitos infantis (Sanders; Carver, 1985). Porém, a desnutrição reduz a capacidade imunológica das crianças, e foi um fator associado a 57% dos óbitos até cinco anos de idade nos anos 80 em países de renda baixa, junto com diarreia, pneumonia e falta de aleitamento materno (Teka *et al.*, 1996). A ideia de que existe uma vulnerabilidade maior é o que faz grupos oprimidos na sociedade enfrentarem riscos maiores, ao mesmo tempo que a susceptibilidade diferencial é descrita na literatura recentemente (Diderichsen; Hallqvist; Whitehead, 2019).

Figura 19. Criança em internada em quarto de hospital.



Fonte: Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

Equidade no acesso a serviços de saúde

3.1 CONCEITUAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO ENTRE ACESSO, USO E DEMANDA DE SERVIÇOS

Quando se discute sobre esse tema, alguns conceitos entrelaçados precisam ser definidos, porque eles são similares e muitas vezes usados como sinônimos, mesmo que não sejam. Travassos e Martins esclarecem tais diferenças (Travassos; Martins, 2004).

O acesso aos serviços é o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Donabedian, segundo as autoras, definiu acessibilidade como a oferta de serviços capazes de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Nesse contexto, é mais amplo do que a oferta de infraestrutura, por exemplo, equipamentos, medicamentos, profissionais de saúde, leitos, hospitais e unidades de saúde, e inclui características como horários de funcionamento e presença de transporte público para chegar até o local.

O uso de serviços só é possível se houver acessibilidade, sendo muitas vezes descrito como acesso realizado, em contraposição ao acesso potencial.

Figura 20. Sala de espera e recepção do Hospital Geral de Itaparica.



Fonte: Leonardo Rattes/Ascom Sesab. Hospital Geral de Itaparica, 2016. Flickr. [CC BY 2.0](https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/)

Assim, é comum o uso de serviços ser utilizado como uma variável substituta para avaliar o acesso e a acessibilidade, porém, amplo acesso não garante utilização. Um baixo uso de serviços nem sempre é fruto de falta de acesso.

Enquanto o gestor municipal possui relativo controle sobre fatores de acesso, a decisão de utilizar os serviços públicos ou privados, ou não usar nenhum serviço, pertence a cada pessoa. O uso de serviços é também entendido como demanda, isto é, a quantidade de pessoas que vão efetivamente solicitar serviços de saúde.

Um dos motores para a demanda por serviços é a necessidade. Entretanto, há diferentes formas de medi-la. A necessidade normativa é aquela definida a partir do diagnóstico do profissional que indica ou não um tratamento. Há óbvias situações subjetivas em que há discordância dos profissionais com os pacientes/usuários. A necessidade sentida ou percebida é aquela definida pelo usuário e essa é a principal impulsionadora da demanda, sendo um conceito relativo, que varia de cultura para cultura, entre grupos sociais e ao longo do tempo. Autoavaliação do estado de saúde é uma medida global de necessidade percebida, geralmente empregada em inquéritos populacionais.

3.2 POPULAÇÕES EM VULNERABILIDADE E BARREIRAS DE ACESSO

Barreiras ao acesso e ao uso de serviços podem ser de vários tipos e origens. Podem ser descritas como financeiras, geográficas, organizacionais e de informação (Travassos; Castro, 2012). Tais barreiras podem ser entendidas a partir da compreensão dos determinantes de uso descritos por Travassos e Martins (2004):

1. À necessidade de saúde relacionadas ao grau de enfermidades;
2. Características dos usuários;
3. Características dos prestadores de serviços;
4. À organização dos serviços;
5. À política do sistema de saúde.

Se esses fatores afetam de forma diferente usuários mais ricos ou pobres, as desigualdades de acesso podem aumentar ou diminuir, e tais barreiras não se referem exclusivamente aos serviços públicos.

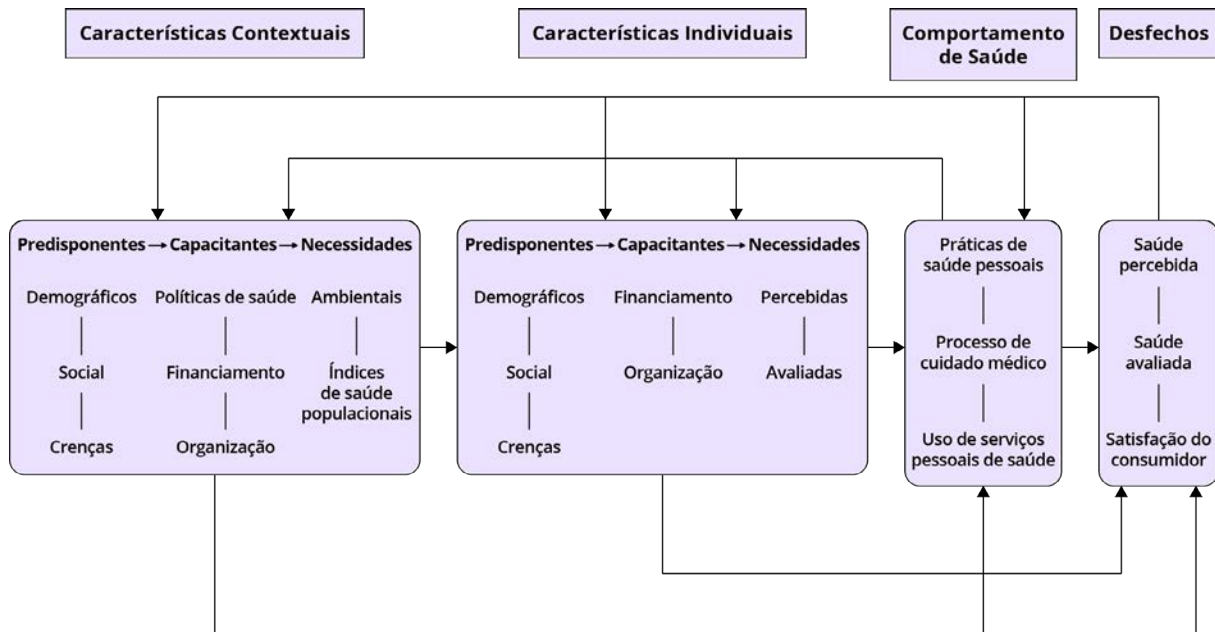
O uso de serviços de saúde é um comportamento muito estudado à luz de teorias que geralmente trazem variáveis individuais. Um dos modelos de uso de serviços de saúde mais adotados é de Ronald Andersen e Pamela Davidson, com data dos anos 70. Os fatores que causam o uso referem-se à necessidade (*need*), e estão relacionados às doenças que as pessoas possuem. O uso, no entanto, será facilitado por fatores como a renda e a escolaridade, e esse grupo de variáveis é chamado de facilitadores (*enabling*).

Renda baixa é um fator associado a menos uso em países onde não há serviços públicos gratuitos e apenas o acesso pago existe. Esses fatores podem ser considerados, portanto, barreiras ao uso.

Por fim, fatores predisponentes (*predisposing*), como idade e sexo, podem influenciar na decisão de uso, mas são anteriores ao desenvolvimento da doença. Por exemplo, pessoas com maior idade tendem a usar mais os serviços porque possuem mais problemas de saúde.

Recentemente o modelo de Andersen e Davidson (2007) incorporou fatores contextuais como determinantes de uso. Essa é a sétima atualização do modelo que foi criticado por não trazer tais fatores. Vejamos o modelo a seguir.

Figura 21. Modelo comportamental de uso de serviços de saúde com fatores individuais e contextuais.



Fonte: Adaptado de Andersen e Davidson, 2007.

Observa-se no modelo que políticas de saúde são um componente na categoria “*enabling*” (capacitante) e nesse ponto pode-se fazer um paralelo com o acesso. A presença de uma unidade de saúde não garante que as pessoas usem os serviços, pois os tipos de serviços oferecidos podem não ser adequados à demanda local, ou estarem disponíveis em horários e dias de difícil acesso.

A ausência de transporte público ou mesmo a violência em alguns centros urbanos maiores pode dificultar o uso de uma unidade de saúde que esteja aberta e conte com bons profissionais de saúde.

As barreiras de acesso tendem a afetar grupos mais pobres e vulneráveis, pois estão sujeitos aos fatores acima descritos, além de o custo logístico de unidades de saúde em locais de difícil acesso ser também maior para o gestor, que tende a optar por instalá-las em locais mais centrais nas cidades.

3.3 DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NO ACESSO E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme o modelo de Andersen descreve, fatores como renda, educação e raça são predisponentes e há variação no uso de serviços por diferentes classes sociais, não importa como sejam classificadas.

Parte das desigualdades observadas são fruto de fatores estruturais de acesso, e parte devido a fatores individuais, como a renda. Entretanto, uma sociedade justa deve dar igual acesso para pessoas de igual necessidade de saúde, um conceito conhecido como equidade horizontal (Starfield, 2001).

Nesse sentido, só seria considerada injusta uma diferença se as pessoas tivessem a mesma doença ou doença de mesma gravidade.



REFLETINDO

Seriam as pessoas mais pobres aquelas que mais utilizam os serviços de saúde por terem mais necessidades, ou usariam menos devido às barreiras de acesso que enfrentam? A presença conjunta de ambos os fatores pode levar à falsa ideia de que as desigualdades no acesso à saúde são menores do que realmente são?

Mesmo quando se considera pessoas com necessidades similares de saúde, há evidências que mostram que os mais pobres possuem menos acesso aos serviços de saúde.

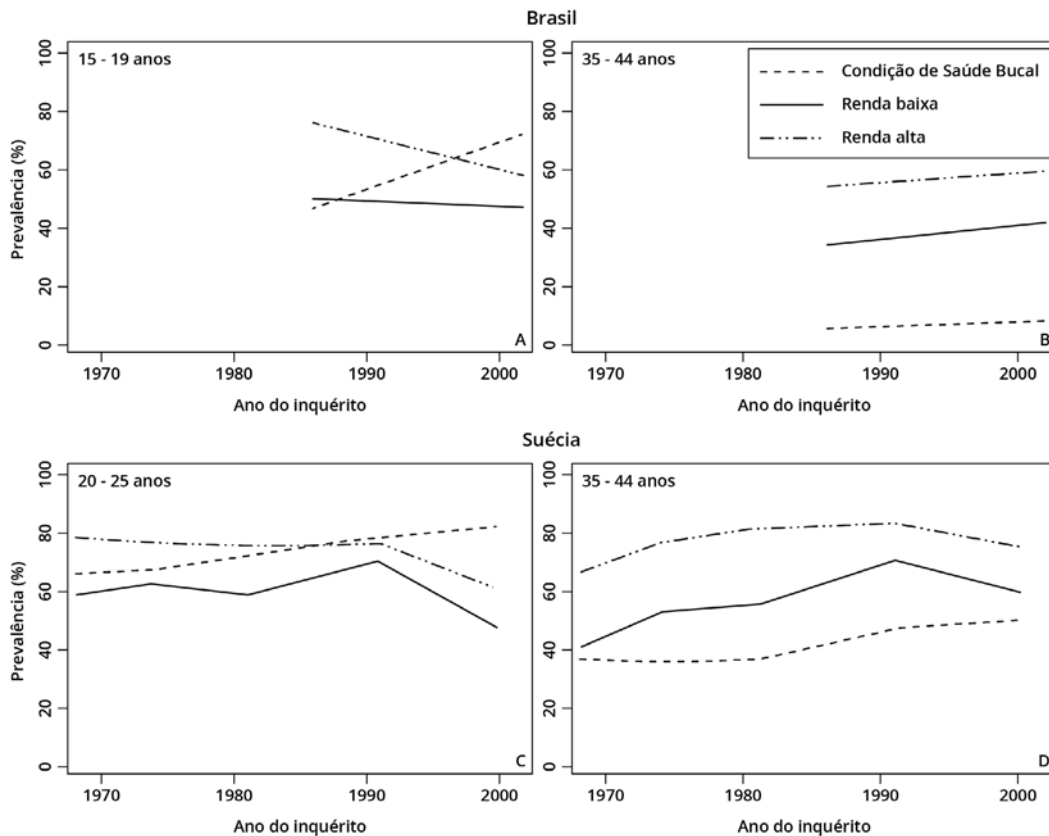
Um estudo realizado em 1998 identificou que 52% das pessoas com ensino fundamental ou menos haviam consultado um médico nos últimos 12 meses, enquanto 62% das pessoas com ensino médio ou mais o fizeram. Essa diferença de 10 pontos percentuais aumentou 1,19 vezes 15 anos depois (Pilotto; Celeste, 2018).



Dados recentes em nível mundial apontam para a mesma direção em relação ao uso de serviços odontológicos, mas indicam pequenas diferenças em relação a emergências e internações hospitalares (Stopa *et al.*, 2017).

Em relação à desigualdade no uso de serviços odontológicos, embora tenham reduzido ao longo do tempo, conforme mostra o gráfico abaixo, isso é fruto das melhorias no quadro de saúde dos mais ricos, reduzindo as necessidades e demanda tanto por serviços preventivos como terapêuticos (Celeste; Nadanovsky; Fritzell, 2011).

Figura 22. Tendências na prevalência de indivíduos com boa saúde bucal e que visitaram o dentista no ano anterior por grupo etário e renda no Brasil e Suécia.



Condição de Saúde Bucal: nenhum dente perdido (Brasil) e dentes em boas condições (Suécia).

Fonte: Adaptado de Celeste; Nadanovsky; Fritzell, 2011.

Em relação a desigualdades raciais, o quadro de desigualdade é persistente, mas também complexo. As causas estão tanto no racismo interpessoal como estrutural. Diversos estudos demonstram que o racismo está associado a piores indicadores de qualidade dos serviços de saúde, mas não necessariamente ao uso dos serviços em si (Ben *et al.*, 2017). Isso pode acontecer porque pessoas que necessitam de serviços podem não acessar os serviços quando necessitam, porém podem evitar serviços "ruins" com os quais não estão satisfeitas.

O papel das políticas públicas em alterar tais desigualdades possui limitações e um exemplo recente aparece no serviço de próteses dentárias. A política nacional favorece financeiramente a instalação de serviços em municípios mais pobres, com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), onde há também mais pessoas negras.

A observação em todo o Brasil aponta que municípios com mais pessoas negras tinham 1,81 (Intervalo de Confiança de 95%: 1,43–2,28) vezes mais chances de terem os serviços instalados, porém dentro dos municípios com os serviços, havia 7,7 pontos percentuais a mais de próteses sendo entregues a pessoas brancas (Bomfim *et al.*, 2024). Isso mostra as dificuldades estruturais dentro de municípios relativamente pobres e pequenos.

3.4 A IMPORTÂNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES, DA BUSCA ATIVA NA APS E DA EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS

As visitas domiciliares são uma estratégia essencialmente, embora não exclusivamente, desenvolvida por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nas visitas, além de ações de promoção de saúde, o cadastro familiar é realizado e uma aproximação dos usuários com os serviços de saúde é feita. Quando necessário, os profissionais da ESF visitam os usuários para procedimentos que podem ser feitos *in loco* para usuários com dificuldade de locomoção. No Brasil, a ESF é a base da APS.

Figura 23. Profissional de saúde em visita domiciliar.



Fonte: Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

A aproximação descrita acima resulta em mais pessoas utilizando os serviços públicos, e quanto maior a cobertura, menor tendem a ser as desigualdades no acesso e no uso de serviço (Victoria *et al.*, 2011). Em relação a isso, é fundamental pensar que os serviços privados competem com os serviços públicos, e a oferta de planos com cobertura básica e poucos procedimentos é algo que mira um público de baixa renda.

Os gastos catastróficos em saúde são um problema no Brasil e no mundo, de forma que a Organização Mundial de Saúde conclama por cobertura universal de saúde e que isso seja subsidiado por gastos públicos, como forma de tornar os serviços mais acessíveis. A dinâmica capitalista na área de saúde pode levar a monopólios e conglomerados cuja função distorcida de um hospital é o lucro e não o cuidado com as pessoas (Silva; Travassos, 2022).

Um estudo recente mostrou, no entanto, o efeito do cadastro na ESF feito pelas agentes comunitárias. Pessoas com o cadastro tinham 1,65 e 1,25 vezes mais chances de usarem o serviço público odontológico e médico, respectivamente, e menos chances de usarem o plano de saúde ou pagarem profissional privado (Pilotto; Celeste, 2019). Isso significa que mesmo pessoas que pagam um plano privado tendem a usar o SUS se estiverem cadastradas adequadamente.

Figura 24. Grupo de pessoas em fila para atendimento de saúde.



Fonte: Freepik.com, © 2024.

Encerramento do módulo

Ao final desse módulo, fica evidente a importância do estudo das desigualdades sociais em saúde em todas as suas dimensões, como renda, educação, raça, sexo, entre outros. A saúde das pessoas não é determinada apenas por fatores biológicos e genéticos ou pelo acesso a serviços de saúde. Neste sentido, é fundamental compreender que os DSS afetam direta ou indiretamente a saúde das pessoas, pois são os fatores sociais, políticos e econômicos inter-relacionados que criam as condições em que as pessoas vivem, aprendem, trabalham e se divertem.

Do ponto de vista das desigualdades sociais, os Determinantes Estruturais dessas desigualdades são aqueles fatores que geram e mantêm uma estrutura de classes. Esse conceito é um pouco diferente, pois, enquanto os determinantes de saúde estão associados ao desenvolvimento de doenças, os Determinantes Sociais são as causas das causas. Fatores sociais estão associados a diversos estágios em saúde por diferentes mecanismos.

Na área de vigilância epidemiológica, o monitoramento de tendências em saúde é algo não apenas importante, mas também rotineiro. Para essa tarefa, sistemas de informação são construídos e alimentados regularmente, no Brasil e em quase todo o mundo. A necessidade de incorporação de indicadores de desigualdades nos sistemas de informação em saúde é fundamental, bem como repensar o papel dos serviços de saúde. A avaliação de políticas públicas no geral e políticas específicas em saúde necessita de dados que sejam notificados pelos profissionais de saúde. O papel dos profissionais de saúde para notificações é vital nesse aspecto.

As barreiras de acesso tendem a afetar grupos mais pobres e vulneráveis. Assim, as visitas domiciliares são uma estratégia para a Promoção de Saúde, para realizar o cadastro familiar e para aproximar os usuários com os serviços de saúde. A aproximação dos profissionais de saúde com a população resulta em mais pessoas utilizando os serviços públicos, e quanto maior a cobertura, menor tendem a ser as desigualdades no acesso e no uso de serviço. As desigualdades precisam ser adequadamente monitoradas para avaliação do impacto de políticas públicas, visto que algumas podem aumentar as desigualdades em saúde.

MÓDULO 03

Equidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS



Introdução do módulo

Neste módulo, vamos explorar o conceito de equidade em saúde no contexto do SUS do Brasil, compreendendo como as políticas de equidade podem ser utilizadas como instrumentos potentes nos processos de trabalho das equipes de saúde. E ao final dele, esperamos que você seja capaz de relacionar as políticas de equidade em saúde com os processos de trabalho das equipes de saúde do SUS.

Iniciaremos com uma introdução ao SUS e à equidade em saúde, apresentando conceitos-chave e as principais políticas de equidade em saúde no Brasil. Essa base teórica nos permitirá, em seguida, explorar a importância e a aplicabilidade das políticas de equidade no cotidiano das equipes de saúde, utilizando exemplos concretos e estudos de caso para ilustrar essas práticas.

E, com o intuito de aprofundar o entendimento sobre os Determinantes Sociais de Saúde e a importância da perspectiva da interseccionalidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS, vamos explorar como os Determinantes Sociais de Saúde se relacionam com a promoção da equidade em políticas públicas.

Neste módulo, refletiremos sobre como a participação da sociedade e a Educação Popular podem estar relacionadas com a Promoção da Equidade em Saúde. Para responder a essa questão, abordaremos elementos indispensáveis para consolidar práticas pautadas na equidade em saúde.

Bons estudos!

As políticas de equidade em saúde: instrumentos para os processos de trabalho das equipes de saúde do SUS

1.1 INTRODUÇÃO ÀS POLÍTICAS DE EQUIDADE EM SAÚDE NO SUS

Este segmento inicial focará na história do SUS, buscando entender a definição de equidade em saúde e reconhecer sua importância fundamental para o bem-estar de toda a população brasileira.

Figura 25. Logotipo do Sistema Único de Saúde (SUS).



Fonte: Leonardo Ferreira Fontenelle, 2006. Wikimedia Commons.

O SUS é uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, estabelecido pela Constituição de 1988, com o objetivo de garantir acesso universal, integral e gratuito à saúde para todos os brasileiros. A criação do SUS representou um marco na luta por um sistema de saúde mais justo e equitativo, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Brasil, 1988).

A equidade em saúde, por sua vez, é um dos princípios centrais do SUS que busca garantir que todos tenham igualdade de oportunidades para atingir seu máximo potencial de saúde, independentemente das condições socioeconômicas, raciais, étnicas, geográficas, de gênero ou outras circunstâncias que possam afetar negativamente o acesso e a qualidade da assistência à saúde. A equidade vai além da igualdade, pois considera as necessidades de diferentes grupos para reduzir disparidades na saúde (Barros; Sousa, 2016).

O princípio da equidade é fundamental, pois entende que, mesmo sendo a saúde um direito universal, as condições de vida das pessoas podem variar significativamente a partir dos contextos. As Políticas de Promoção de Equidade em Saúde visam identificar e superar barreiras e garantir que as intervenções em saúde sejam feitas para alcançar as pessoas que mais precisam.

A incorporação da equidade no SUS enquanto princípio é um tema complexo que abrange a transformação dos contextos culturais, das políticas de saúde, com foco na redução das disparidades e na promoção de um acesso justo aos serviços de saúde e proteção social.

Barros e Sousa (2016) oferecem uma leitura sobre como a equidade tem sido compreendida e implementada no sistema de saúde brasileiro, destacando a importância de considerar as necessidades específicas e as práticas culturais de diversos grupos sociais para alcançar uma saúde realmente universal e integral.

Diante disso, é crucial a necessidade de políticas públicas que abordem as iniquidades e desigualdades socioeconômicas e culturais, visando não apenas melhorar os indicadores de saúde, mas disseminar uma percepção positiva do SUS pelas pessoas. Os esforços de promoção da equidade no SUS refletem um compromisso dos profissionais de saúde com a justiça social e a melhoria contínua da qualidade de vida da população brasileira. Neste sentido, o SUS representa um avanço paradigmático rumo a um sistema inclusivo que garante o direito à saúde para todos os brasileiros, universalmente.

O quadro comparativo, a seguir, destaca as principais diferenças entre o passado e o presente, ilustrando o aumento relevante no número de pessoas com acesso aos serviços de saúde e a evolução na gestão, no foco da assistência e no próprio conceito de saúde.

Quadro 01. Acesso à saúde no Brasil, antes e depois do SUS.

Aspecto	Antes de 1988	Hoje (Após a implementação do SUS)
Acesso ao sistema de saúde	Limitado a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha recursos dependia de caridade e filantropia.	Universal e garantido a todos, sem discriminação, desde a gestação e por toda a vida.
Gestão do sistema	Centralizado e de responsabilidade federal, sem participação dos usuários.	Descentralizado, municipalizado e participativo, com cerca de 100 mil conselheiros de saúde envolvidos.
Foco da assistência	Concentrado na assistência médico-hospitalar.	Inclui promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.
Conceito de saúde	Definido como a ausência de doenças.	Considerado como qualidade de vida e bem-estar.
Cobertura do sistema	Cerca de 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares.	Aproximadamente 152 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS para acesso aos serviços de saúde.

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **SUS – A Saúde do Brasil**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php>. Acesso em: 14 out. 2024.

Este panorama permite apreciar o SUS como uma conquista da sociedade brasileira na busca por equidade e qualidade de vida.

1.2 CONCEITOS-CHAVE PARA COMPREENDER OS FUNDAMENTOS DA EQUIDADE

Para compreender e aplicar o princípio da equidade no SUS, é essencial diferenciar alguns conceitos que tangenciam o tema. Vamos lá?

Equidade

Refere-se à justiça e à imparcialidade no tratamento das pessoas, considerando as diferentes necessidades, condições e situações, para alcançar igualdade de resultados em saúde. Exemplo: Ajustar horários de consultas para acomodar pessoas que não podem comparecer durante o horário comercial, promovendo acesso igualitário;

Iniquidade

A presença de diferentes injustiças, evitáveis ou desnecessárias na saúde dentro ou entre populações. Exemplo: Dificuldade de acesso a serviços de saúde mental por homens negros, devido ao estigma e à falta de profissionais culturalmente competentes;

Interseccionalidade

Um conceito que reconhece como diferentes formas de discriminação ou desvantagem social (como raça, etnia, gênero, classe, deficiência, origem geográfica e orientação sexual) se cruzam e afetam as experiências de saúde dos indivíduos. Exemplo: Reconhecer que uma mulher trans negra e de baixa renda pode enfrentar barreiras múltiplas e sobrepostas no acesso à saúde, necessitando de uma abordagem de cuidado integrada e sensível às suas experiências individuais e coletivas.

Igualdade

Tratamento idêntico de todos os indivíduos, sem levar em conta suas diferenças ou necessidades específicas. Exemplo: Assegurar tratamento e acesso uniformes aos serviços de saúde para pessoas de todos os gêneros, etnias e contextos culturais, sem distinção ou preconceitos baseados nessas e em outras características, promovendo um padrão de cuidado consistente;

Desigualdade

Diferenças, variações ou disparidades nos indicadores de saúde entre diferentes grupos populacionais, que podem ser justas ou injustas. Exemplo: Mulheres indígenas enfrentam maiores obstáculos para acessar serviços de saúde reprodutiva comparadas às mulheres urbanas não indígenas;

Você conhece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)? Em 1999, o SUS deu um passo significativo para atender às necessidades específicas dos povos indígenas com a criação do SasiSUS, estruturado pela Lei n.º 9.836 de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca.

O SasiSUS foi concebido para operar dentro do SUS, com o intuito de garantir o acesso dos povos indígenas à atenção integral à saúde, respeitando suas diversidades social, cultural e geográfica.

Figura 26. Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) Olomai, localizada na Terra Indígena Yanomami.



Fonte: Fabio Miranda. Ministério da Saúde. Brasil, 2024. [CC BY-ND 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/)

O funcionamento do SASISUS se dá a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que são unidades de gestão sanitária adaptadas às realidades territoriais e culturais das populações indígenas.

Cada DSEI é responsável por coordenar com a rede de saúde e implementar ações que vão da atenção básica a serviços mais complexos, priorizando a medicina preventiva e a promoção da saúde de acordo com os princípios do SUS.

Além disso, os polos bases, situados dentro das terras indígenas, funcionam como pontos de apoio para as equipes multidisciplinares de saúde, apoiando a assistência, a logística de deslocamento e a distribuição de medicamentos, bem como a realização de campanhas de vacinação e atividades de promoção à saúde.

O SUS, por meio do SasiSUS, representa uma conquista da sociedade brasileira na busca por equidade e qualidade de vida, ao passo que valoriza a diversidade cultural do país, promovendo um cuidado à saúde que é inclusivo e respeitoso às especificidades de todos os brasileiros, incluindo os povos indígenas.



PARA SABER MAIS



Para entender mais sobre o funcionamento do SasiSUS a partir dos DSEIs, assim como compreender a lei que estruturou esse sistema e a situação do povo indígena e suas terras, acesse:

- [Distrito Sanitário Especial Indígena \(DSEI\) - Ministério da Saúde](#)
- [Terras Indígenas - Fundação Nacional dos Povos Indígenas](#)
- [Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999](#)

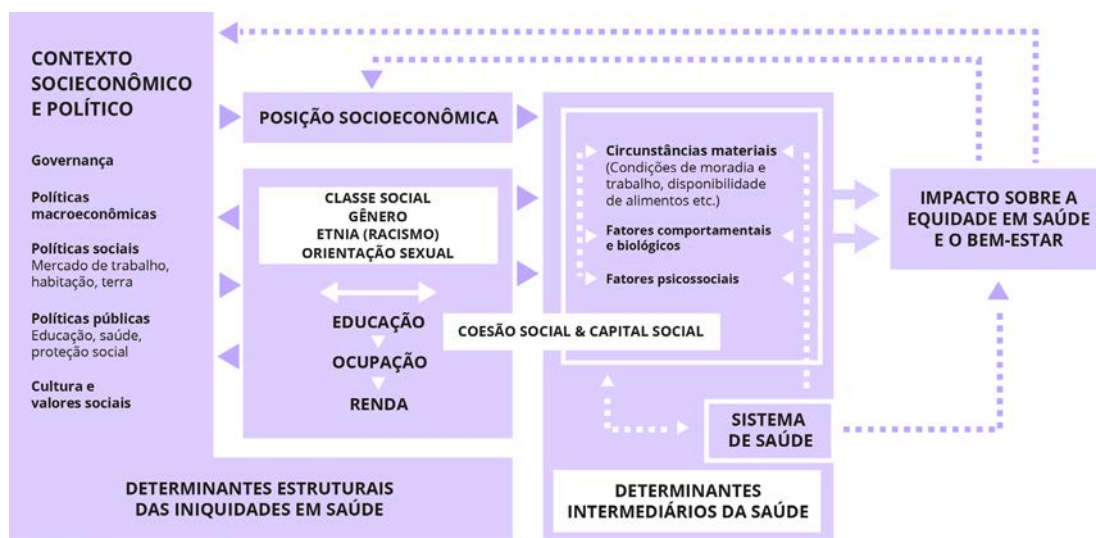
13 VISÃO GERAL DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são um conjunto de ações no âmbito do SUS que objetivam garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde para todos, em respeito à diversidade sociocultural do Brasil. As Políticas de Promoção da Equidade são formuladas para atender às demandas específicas de grupos em situações de vulnerabilidade, com o intento de superar as barreiras que dificultam o acesso universal à saúde

Para isso, entender os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) é crucial para a promoção da equidade. Os DSS — as condições de vida como habitação, educação e o ambiente socioeconômico — são os principais fatores que geram desigualdades de saúde. O SUS procura intervir nesses determinantes para melhorar o bem-estar da população, reconhecendo que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também o resultado de um contexto socioeconômico e cultural saudável e equitativo.

A ilustração abaixo apresenta a complexidade dos DSS, um modelo que explica como fatores socioeconômicos e políticos moldam a saúde das populações.

Figura 27. Estrutura Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Adaptado de SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010. (Social Determinants of Health Discussion Paper 2). Apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. **Promoção da Saúde: aproximações ao tema:** caderno 1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

O contexto no qual as pessoas vivem, incluindo governança, políticas e educação, influencia diretamente sua posição socioeconômica, influenciando o seu acesso a recursos como educação e trabalho. Estes, por sua vez, afetam os determinantes intermediários da saúde, como as condições de vida e os comportamentos, que juntos impactam o sistema de saúde e, conseqüentemente, os níveis de equidade e bem-estar. Este modelo sublinha a importância de abordagens de saúde pública que considerem todos estes aspectos para reduzir as iniquidades em saúde.

A Atenção Primária em Saúde (APS) se destaca como um componente essencial na estrutura do SUS para a promoção da equidade. Representando a primeira etapa do cuidado contínuo, a APS é a base para o desenvolvimento de políticas e ações que cruzam diferentes setores, visando a diminuição das iniquidades no acesso e na qualidade do cuidado em saúde.

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde que exemplificam o compromisso do SUS com a equidade incluem:

1. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002);
2. Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009);
3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (2014);
4. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (2013);
5. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013);
6. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2017);
7. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (2018);
8. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (2014).

Além dessas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde estabelecidas, está em planejamento uma política voltada para a saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas, conforme disposto pela Portaria Gabinete da Ministra/Ministério da Saúde n.º 763, de 26 de junho de 2023. Este grupo de trabalho busca estabelecer diretrizes que garantam a essas populações o direito à saúde, no empenho contínuo do SUS em promover a equidade em saúde para todos que residem no Brasil.



PARA SABER MAIS



Para compreender mais sobre diversidade e Determinantes Sociais de Saúde, acesse as videoaulas:

- [Videoaula - MOOC Zero Discriminação: Dimensões da Diversidade](#)
- [Videoaula - MOOC Zero Discriminação: Determinantes sociais da saúde](#)

14 OBJETIVOS E RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS DE EQUIDADE

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde têm sido fundamentais para promover a equidade em saúde. Cada política aborda necessidades de grupos específicos, garantindo-lhes acesso e cuidado adequado. Vamos entender os esforços realizados e a importância dessas políticas para construir um sistema de saúde mais justo e inclusivo?

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE NO SUS: UMA SÍNTESE

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

Instituída pela Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Justiça) n.º 1, de 2 de janeiro de 2014, a PNAISP visa garantir a saúde integral das pessoas privadas de liberdade, abrangendo a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa política enfatiza a humanização do atendimento, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a necessidade de ações preventivas e curativas, reconhecendo as especificidades dessa população e promovendo a justiça social dentro do sistema prisional (Brasil, 2014b).

Figura 28. Atendimento médico de Clínica Geral realizado em presídio no Mato Grosso do Sul.



Fonte: Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN). Governo de Mato Grosso do Sul, 2023.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254 de 31 de janeiro de 2002, visa garantir o acesso dos povos indígenas a uma atenção integral à saúde, compatível com suas especificidades culturais, sociais e territoriais. Esta política abrange desde a organização de serviços de saúde específicos, como os DSEIs, até a preparação de recursos humanos para atuação em contextos interculturais, monitoramento das ações de saúde, e a articulação com sistemas tradicionais indígenas de saúde. A política enfatiza o respeito às práticas e medicinas tradicionais, promoção de ambientes saudáveis, e o fortalecimento do controle social e da participação indígena em todas as etapas de planejamento e execução das políticas de saúde (Brasil, 2002).

Figura 29. Intérprete auxiliando a comunicação entre paciente e equipe médica na Casa de Saúde Indígena (Casai) Yanomami, em Boa Vista (RR).



Fonte: Walterson Rosa. Ministério da Saúde. Brasil, 2024.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)

Instituída pela Portaria n.º 1.082 de 23 de maio de 2014, visa assegurar e ampliar o acesso desses adolescentes aos serviços de saúde do SUS, cobrindo medidas socioeducativas em regime aberto, fechado e de semiliberdade. Ela estabelece diretrizes para a atenção integral à saúde, promovendo ações e serviços de saúde especificamente adaptados para adolescentes em situação de privação de liberdade, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde, além de estimular ações intersetoriais para um cuidado integral e humanizado (Brasil, 2014a).

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/ Romani (PNAISPC)

Instituída pela Portaria n.º 4.384, de 28 de dezembro de 2018, busca promover a saúde integral respeitando práticas, saberes e medicinas tradicionais ciganas, com foco na redução da ciganofobia. Abrange desde o fortalecimento da atenção à saúde em todas as fases da vida até o desenvolvimento de ações específicas para reduzir disparidades étnicas em saúde. Esta política enfatiza a importância do acesso igualitário aos serviços de saúde para o povo Cigano/Romani, garantindo atendimento de qualidade e humanizado (Brasil, 2018).

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Instituída pela Portaria GM/MS n.º 992 de 13 de maio de 2009, visa promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e combater as desigualdades étnico-raciais. Centrada no reconhecimento do racismo como DSS, a política procura garantir uma atenção à saúde que respeite a diversidade e contribua para a melhoria das condições de saúde da população negra, enfrentando o racismo institucional e promovendo práticas de saúde inclusivas e humanizadas (Brasil, 2017).

Figura 30. Pessoa negra em atendimento de saúde.



Fonte: Iwaria.com, 2021.

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)

Instituída pela Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011, foca na melhoria da saúde destas comunidades, reconhecendo suas especificidades. Objetiva o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos relacionados ao trabalho e às tecnologias agrícolas, e a promoção da qualidade de vida. Envolve ações intersetoriais para abordar os DSS, enfatizando a importância da participação social e do conhecimento tradicional na construção de uma saúde mais equitativa (Brasil, 2013c).

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)

Instituída pela Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011, destina-se a promover a saúde integral da população LGBT, com foco na eliminação de discriminação e preconceito, contribuindo assim para a redução das desigualdades e consolidando o SUS como um sistema universal, integral e equitativo. Esta política abrange uma ampla gama de objetivos específicos, diretrizes e responsabilidades atribuídas às diferentes esferas de gestão do SUS, com o intuito de assegurar um atendimento de saúde que respeite as especificidades de gênero, raça, etnia, orientação sexual e identidade de gênero (Brasil, 2013b).

Em acréscimo, é importante saber também que a Portaria GM/MS n.º 230, de 7 de março de 2023, institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa tem como objetivo promover a igualdade de gênero e raça e valorizar as trabalhadoras do SUS, enfatizando a importância da equidade como um princípio fundamental para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e para o fortalecimento do próprio sistema. A iniciativa visa também combater as desigualdades existentes dentro do ambiente de trabalho no SUS, garantindo assim um ambiente mais justo e igualitário para todas as profissionais (Brasil, 2023a).



PARA SABER MAIS



Para aprofundar sua compreensão sobre as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde que fundamentam uma prática inclusiva e justa no SUS, convidamos você a explorar o podcast “Políticas de Equidade em Saúde e o Enfrentamento das Violências”. O podcast apresenta episódios com especialistas que discutem sobre as diferentes políticas existentes, como por exemplo a Saúde da População Negra, da População em Situação de Rua, assim como discute a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, das Populações do Campo e da Floresta, da População LGBT e do Povo Cigano/Romani. Para isso, acesse:

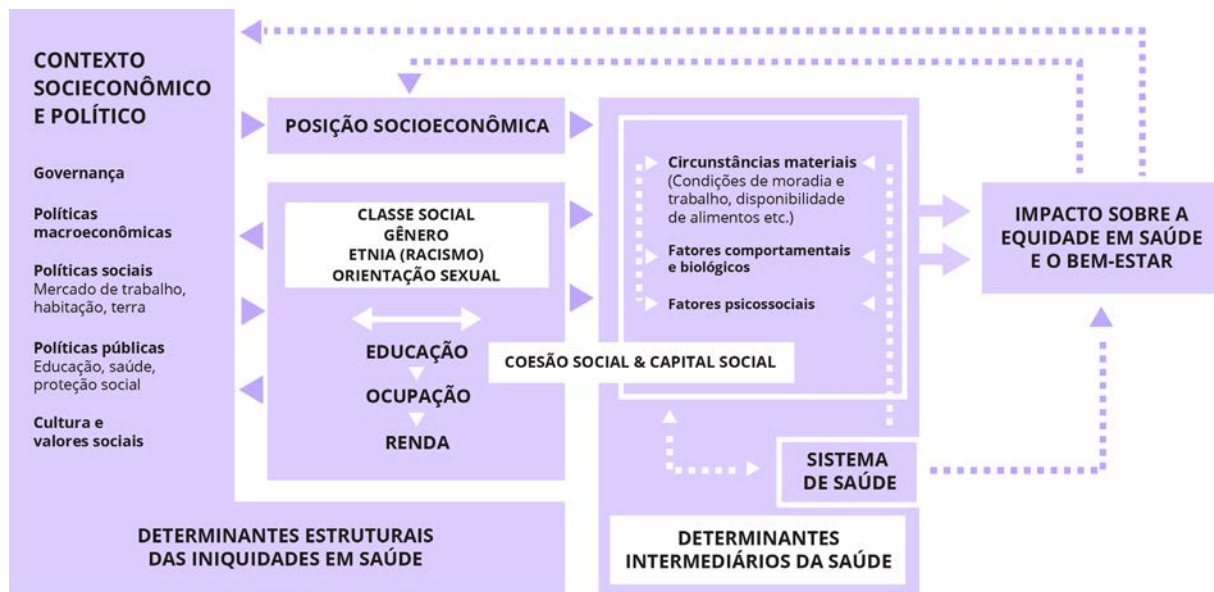
- [Políticas de Equidade em Saúde e o Enfrentamento das Violências](#)

Os Determinantes Sociais de Saúde e a interseccionalidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS

2.1 OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AS SUAS RELAÇÕES

A estrutura conceitual dos DSS é um modelo teórico relevante porque apresenta os fatores étnico/raciais, de gênero, sexualidade, econômicos, culturais, psicológicos, culturais, geracionais, comportamentais, ambientais, geográficos e outros que estão relacionados com o processo de saúde e doença. Vamos relembrar sobre esse modelo.

Figura 31. Estrutura Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Adaptado de SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2010. (Social Determinants of Health Discussion Paper 2). Apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. **Promoção da Saúde: aproximações ao tema:** caderno 1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Faz parte desta etapa avançar no entendimento de que não se deve restringir a interpretação entre os determinantes sociais e uma situação de adoecimento ou de proteção à saúde como uma conexão de causa e efeito, de modo direto ou linear. Há um imbricado e complexo sistema de relações entre esses marcadores, as pessoas e os diferentes grupos sociais (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A interseccionalidade é um conceito analítico potente também na área da saúde para se entender tais relações. Refere-se ao reconhecimento de como os diferentes marcadores sociais como raça/cor e etnia, gênero, classe social, idade, deficiência e sexualidade, entre outros, se interpelam e se potencializam (Gonzalez, 1984; Akotirene, 2019).

A partir da matriz de dominação colonial, com a assimetria de poder e a manifestação de sistemas de opressão, não apenas as relações de classe marcaram as iniquidades na sociedade, mas também os determinantes sociais de raça/cor, etnia e gênero (Quijano, 2010). Tais marcadores se materializam e articulam eixos de marginalização, produzindo experiências desiguais de adoecimento, acesso, barreiras nos serviços e qualidade do cuidado.

Figura 32. Luiza Bairros, ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Brasil, em uma coletiva de imprensa sobre o lançamento da “Década Internacional dos Afrodescendentes” em 2014.



Fonte: ONU/Amanda Voisard/H.E. Mr. Sam K. Kutesa, 2014. Flickr. [CC BY 2.0](https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/)

A pesquisadora Jurema Werneck (2016) chama a atenção para a produção científica de diversas intelectuais, especialmente mulheres negras (como a Luiza Bairros - foto acima), que demarcam o processo histórico de colonização no país e seus efeitos na sociedade. O racismo é um fator estrutural que produz hierarquias e processos de vulnerabilização (Almeida, 2018).

Como aponta Bento (2022), o conceito de branquitude é relevante, seu significado reitera o conjunto de ideias, crenças e comportamentos racistas, mantendo um sistema de privilégios que se desdobra nas mais diferentes áreas, como educação, emprego, cultura, habitação e saúde, para citar algumas.

Os resultados do racismo recaem na condição de vida das pessoas que se autodeclaram negras, indígenas ou amarelas, interseccionando com os seus marcadores de gênero, sexualidade, deficiência, idade, entre outros. As evidências científicas na área da saúde demonstram de modo contundente os impactos na saúde, incluindo iniquidades e violências.

Pode-se exemplificar com situações que envolvem:

1. Campo obstétrico (Goes, 2023): as mulheres negras frequentemente enfrentam a solidão ao decidir pela interrupção da gravidez e são as que mais morrem de morte materna em consequência de abortos inseguros.
2. Condições de saúde relacionadas ao vírus HIV/Aids, à tuberculose e à sífilis (Polidoro *et al.*, 2023): há disparidades nos agravos de tuberculose, sífilis e HIV/Aids entre as populações branca e negra, confirmando o abismo nas situações de saúde.
3. Casos de malária (Caldas *et al.*, 2023): a ocorrência da malária é desigual entre os distritos sanitários indígenas, sendo mais incidente naqueles de maior atividade garimpeira.
4. Saúde bucal (Maciel *et al.*, 2022): a necessidade do cuidado em saúde bucal precisa de um olhar para além das funções fisiológicas, bem como para o reconhecimento da atuação social, fruto de relações, processos e produções sociais.
5. Saúde das pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexuais, assexuais e outras orientações sexuais e identidades de gênero (LGBTQIA+) (Ferreira; Nascimento, 2022; Lobo *et al.*, 2023, Polidoro *et al.*, 2023): a transfobia trouxe repercussões intra e interpessoais na vida e na saúde de homens trans e de pessoas transmasculinas que frequentam serviços de saúde.

É possível também relacionar os conceitos com experiências do cotidiano. Todavia, a expectativa é que o conhecimento apoie e motive ações conjuntas, com as equipes de saúde, que possam mudar esse panorama.

2.2 PERGUNTAR A RAÇA/COR E ETNIA E RESPEITAR O NOME SOCIAL: PRÁTICAS PARA PROMOVER A EQUIDADE EM SAÚDE

Na prática profissional em saúde, existem ações que apoiam a equidade em saúde. De modo breve, destacam-se duas ações, às quais deve-se estar atento desde o início do processo de cuidado.

Figura 33. Representação de profissional da saúde apresentando resultados de exames a paciente em consulta médica.



Fonte: Canva.com ©2024. Uso permitido sob licença Pro.

Uma delas, que chama a atenção, é a implementação da **autodeclaração do quesito raça/cor e etnia** pelas equipes de saúde. Regulamentada, segundo a Portaria n.º 344 de 1º de fevereiro de 2017, a coleta de dados sobre a identificação racial e étnica no SUS aprimora o monitoramento e a análise das disparidades em saúde entre os grupos populacionais.

A inclusão desse quesito nos formulários permite, por exemplo, a análise dos indicadores epidemiológicos na unidade de saúde, reconhecendo as diferenças entre as pessoas, aprimorando o planejamento e a oferta das ações. Além disso, reitera a relevância de reconhecer na oferta dos serviços de saúde os Determinantes Sociais de Saúde e como eles interagem entre si.

Em uma pesquisa realizada na APS foi identificado que existe dificuldade em perguntar e responder a autodeclaração além de reconhecer a sua importância (Silveira *et al.*, 2021). Por isso, é importante frisar: compreender a perspectiva teórica dos determinantes requer ações efetivas, como a articulação do quesito raça/cor e etnia nas ações diárias das equipes de saúde.

A segunda diz respeito a compreender e respeitar os **marcadores de sexo, gênero e orientação sexual no SUS**. Tais situações são indispensáveis para a promoção de uma assistência em saúde inclusiva, equitativa e de qualidade.

As equipes de saúde podem reduzir e eliminar as barreiras, as situações de estigma e de discriminação pelas quais passam as pessoas que se autodeclaram LGBTQIA+ (Oliveira, 2022).

O reconhecimento dos marcadores também passa pelo respeito ao uso do nome social que está regulamentado no SUS pela Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.



PARA SABER MAIS



A Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz é um espaço que concentra diferentes experiências desenvolvidas por unidades e trabalhadores do SUS em todo o Brasil. Este ambiente possui uma videoteca com experiências exitosas de fortalecimento do SUS. A seguir, sugerimos uma breve seleção sobre o tema da promoção da equidade:

- [Quilombo de Baía Formosa inspira novos episódios de Vozes da Saúde.](#)
- [Equidade no SUS por meio da articulação regional: saúde mental indígena.](#)
- [Construtoras de caminhos: atenção a crianças com diferentes deficiências.](#)
- [TerritórioRua: unidade básica muda a vida de pessoas em situação de rua.](#)
- [Plataforma Colaborativa IdeiaSUS - Fiocruz.](#)

Cabe ressaltar que o cadastro da APS tem o objetivo de apoiar as equipes de APS no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita ao território sob sua responsabilidade (Brasil, 2023b). O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Brasil, 2013d).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho (Brasil, 2023b). O e-SUS APS é uma estratégia para a qualificação da gestão da informação, sendo fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (Brasil, 2023b).

Assim, além do SISAB, temos os sistemas e-SUS APS para captar os dados, que é composto por sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
- Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e Atividade Coletiva.



PARA SABER MAIS



O Ministério da Saúde disponibilizou vários materiais de apoio desenvolvidos para ajudar os gestores e profissionais de saúde na implantação e utilização das ferramentas oferecidas pela estratégia e-SUS APS. Um desses materiais é o Manual e-SUS APS. Para entender mais sobre, acesse:

- [Manual e-SUS APS | Estratégia e-SUS APS.](#)

É imprescindível ressaltar alguns conceitos dispostos na Portaria GM/MS n.º 230, de 7 de março de 2023, que institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS). Estes conceitos estão na segunda parte do anexo da referida portaria e logo abaixo são apresentadas definições conceituais relevantes para as práticas de trabalho no SUS (Brasil, 2023a).

Quadro 02. Conceitos que orientam o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS).

I - ACOLHIMENTO	Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo; faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde;
II - ASSÉDIO MORAL	Repetição de gestos, palavras (orais ou escritas) e/ou comportamentos de natureza psicológica, os quais expõem o(a) servidor(a), o(a) empregado(a) ou o(a) estagiário(a) (ou grupo de servidores(as) e empregados(as) a situações humilhantes e constrangedoras. Ofensas à personalidade, à dignidade ou à integridade psíquica ou física, com o objetivo de excluí-los(as) das suas funções ou de deteriorar o ambiente de trabalho;
III - ASSÉDIO SEXUAL	Ato de constranger alguém, com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, usando de sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Comportamento de teor sexual merecedor de reprovação, considerado desagradável, ofensivo e impertinente pela pessoa assediada. A lei pune o constrangimento que tem o sentido de forçar, compelir, obrigar alguém a fornecer favor sexual laboral (Art. 216-A do Código/Lei n.º 10.224/2001);
IV - CLIMATÉRIO/ MENOPAUSA	É o termo médico utilizado para designar a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa (última menstruação) ocorre no climatério e somente é reconhecida após passados 12 meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é aos 50 anos;

<p>V - COGESTÃO</p>	<p>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;</p>
<p>VI - GÊNERO</p>	<p>O gênero é um dos princípios de organização social: organiza identidades e autoconceitos (ex.: autopercepção de saúde); estrutura interações sociais (ex.: discriminação, práticas de cuidado); organiza estruturas sociais e embasa a distribuição de poder e recursos (ex.: controle sobre o trabalho). Refere-se a comportamentos, performatividades e papéis que uma dada sociedade, em um dado momento, considera coerente para homens e mulheres. Esses papéis são socialmente construídos, e, hegemonicamente sustentados por uma perspectiva biológica. Pode-se dizer que gênero é o modo “como os sexos [mulher ou homem] são pensados e como as qualidades sexuais vêm a ser aplicadas a outras formulações”;</p>
<p>VII - IDENTIDADE DE GÊNERO</p>	<p>Identidade de gênero se refere ao posicionamento de uma pessoa frente a questões socioculturais e políticas referentes à gênero. A identificação de uma pessoa parte, exclusivamente, de sua declaração frente ao gênero, existindo uma gama de identidades conhecidas. Elas podem ser declaradas de diferentes formas. Entende-se que uma pessoa cisgênero é aquela que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, enquanto a pessoa transgênero é aquela que se identifica com o gênero oposto ao atribuído no nascimento. Esse é o caso, por exemplo, de uma mulher transgênero, a quem foi atribuída a identidade masculina, porém, que se identifica como mulher;</p>

<p>VIII - INTERSECCIONALIDADE</p>	<p>É uma categoria analítica usada para se entender o imbricamento entre diferentes sistemas discriminatórios como, por exemplo, o racismo, o sexismo e a opressão de classe. Tais estruturas operam de formas específicas interligando diferentes marcadores sociais da diferença, tais como: gênero, raça, etnia, classe, idade, escolaridade, deficiência, orientação sexual, entre outros. A intersecção entre eles produz formas específicas de discriminação e por isso precisam ser consideradas na análise de gênero. Por exemplo, a taxa de desemprego é muito diferente entre mulheres brancas e negras, variando de acordo com o grau de escolaridade e país onde vivem. Ou seja, ter uma perspectiva interseccional de gênero é pensar nas múltiplas dimensões que compõem uma experiência e considerá-las para entender as especificidades das desigualdades;</p>
<p>IX - DISCRIMINAÇÃO DE GÊNERO E SEXUALIDADE</p>	<p>Manifestada por meio da exclusão, restrição ou preferência de algum(a) colaborador(a) com base em seu gênero e/ou orientação sexual. Diferença de tratamento ou anulação ou limitação do exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais. O(a) acusado(a) também pode pertencer a qualquer instituição vinculada ao ambiente de trabalho;</p>
<p>X - REDE COLABORATIVA</p>	<p>As redes são consideradas mecanismos que permitem o intercâmbio de informação e experiências, valorizando o processo de comunicação e permitindo constante troca de conhecimentos entre os atores envolvidos. Neste sentido, a rede é um instrumento importante para apoiar as atividades e concretizar ações efetivas de saúde pública, ratificando processos colaborativos de trabalho na saúde.</p>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2023a.



A interseccionalidade é uma categoria analítica usada para compreender o imbricamento entre diferentes sistemas discriminatórios, tais como o racismo, o sexismo e a opressão de classe. Para entender mais sobre esse conceito, seguem abaixo algumas indicações de podcast e de leituras que discutem o tema e que articulam o conceito de interseccionalidade na área da saúde:

- [SaúDiversidade #023: Identidade de gênero, masculinidade hegemônica e interseccionalidade - Jornal da USP.](#)
- [Interseccionalidade e HIV/AIDS - Lumina Podcasts.](#)
- [Interseccionalidade e Passabilidade - Lumina Podcasts.](#)
- [Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana.](#)
- [Mapa da violência contra os povos indígenas no Brasil \(2016-2022\).](#)
- [Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos.](#)

A participação social e a Educação Popular em Saúde para a Promoção da Equidade em Saúde

3.1 DEMOCRACIA E SAÚDE: POTENTES CONEXÕES

Na prática de trabalho e vida, possivelmente existem inúmeros exemplos de como a forma de organização social em que vivemos, a democracia, reforça os direitos, com base na igualdade destes, no respeito à liberdade civil, na promoção dos direitos humanos e na participação popular. Na verdade, o direito universal à saúde e ao SUS é por si só um caminho e uma garantia da democracia (Méllo; Albuquerque; Santos, 2022).

A partir da Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, foram conquistados direitos e garantias indispensáveis no período de redemocratização do Brasil. A lista com esses direitos e garantias começa pelo instrumento soberano de decisões, o voto secreto e universal. Além dele, cabe mencionar os direitos sociais, como a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência social (Brasil, 1988).

Além disso, injustiças históricas começaram a ser reparadas. Houve o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas sobre as terras que tradicionalmente ocupam, garantindo o respeito à organização social, aos costumes, às línguas, às crenças e às tradições. As comunidades quilombolas tiveram o direito à proteção de seus direitos territoriais e culturais. As questões ambientais passaram a ser uma responsabilidade coletiva de defesa e proteção (Nascimento; Batista; Nascimento, 2016).

E, graças ao marco constitucional que apontou “a garantia da saúde como um direito de todas as pessoas e dever do Estado”, estabeleceu-se o SUS, a partir da Lei n.º 8.080, pautado em princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade e a equidade (Brasil, 1990a). Além disso, a perspectiva ampliada e intersetorial do conceito de saúde, que incorporou os DSS, passou a direcionar as políticas públicas para o enfrentamento das desigualdades.

Portanto, a implementação das políticas de equidade em saúde consolida os compromissos constitucionais. A democracia é o caminho para a promoção da justiça social e para a superação da violência estrutural engendrada a partir do racismo, da violência de gênero, da violência contra os povos indígenas, da homofobia, da transfobia, do classismo, da injustiça ambiental e de outros sistemas de exclusão.



PARA SABER MAIS



O Portal da Câmara dos Deputados comemora e retoma a história dos 30 anos da Constituição Cidadã. Nesse portal, há materiais diversos que reavivam as conquistas da nossa sociedade, apresentando etapas e fases da Constituinte. Para conhecer o portal comemorativo, acesse:

- [Portal da Câmara dos Deputados - 30 anos: Constituição da Cidadania.](#)

Além disso, este portal apresenta podcasts, documentários e vídeos. Assista também ao vídeo comemorativo dos 30 anos da Constituição Federal de 1988. Para isso, acesse:

- [Vídeo comemorativo dos 30 anos da Constituição Federal de 1988.](#)

Clique no vídeo abaixo que apresenta o discurso do sanitarista Sergio Arouca durante a ‘8ª Conferência Nacional em Saúde’, realizada em 1986 em Brasília (DF), reconhecida como um marco na história do SUS:

- [Democracia é saúde - Video Saúde Distribuidora da Fiocruz.](#)

Leia a entrevista no link abaixo da sanitarista Lúcia Souto, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que atuou na construção do Movimento da Reforma Sanitária e nas mobilizações que levaram à 8ª Conferência Nacional de Saúde:

- [Hora de refundar o Brasil - Radis Fiocruz.](#)

Para mergulhos ainda mais profundos, sugerimos o podcast “Histórias da Saúde” do Canal Saúde da Fiocruz. Os episódios da terceira temporada estão focados em personagens da saúde no Brasil que marcaram a História. Para isso, acesse o link a seguir:

- [Podcast Histórias da Saúde - Canal Saúde.](#)

A APS, a partir de sua capilaridade e da inserção nos territórios, por exemplo, com a articulação dos ACS e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), possui inúmeras experiências exitosas da mobilização democrática no SUS.

Vamos conhecer algumas dessas experiências exitosas?

Ação de ACS e de Agentes de Combate às Endemias (ACE)

Em Condado, no interior da Paraíba, a solução encontrada para prevenir e combater o alto número de focos de *Aedes aegypti* foi através do trabalho dos agentes. Usando uma espécie nativa de peixe — apelidado de barrigudinho — em caixas d’água e a ação de ACS e de ACE no diálogo com as pessoas, foi possível realizar um eficiente trabalho de prevenção com controle biológico das larvas do mosquito transmissor de doenças.

Programa Saúde na Escola

No município de Pio IX, no Piauí, foi implantado um projeto com teatro de bonecos de modo a fomentar o Programa Saúde na Escola (PSE) que visa à integração e à articulação permanente da educação e da saúde. O objetivo do projeto foi realizar a aprendizagem de maneira lúdica a fim de uma assimilação mais eficiente sobre respeito e inclusão, dando mais acesso às ações de equidade em saúde.

Acesso a APS e Atendimento Integral à população transgênero

Em São José, Santa Catarina, a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu o projeto Ambulatrans, um ambulatório para atendimento integral à população transgênero. O programa surgiu a partir da percepção da ausência de pessoas trans nos serviços de APS. Por meio de uma equipe treinada, foi possível instaurar um atendimento integral, afetivo e efetivo para uma população marginalizada socialmente.



PARA SABER MAIS



Para entender um pouco mais sobre as experiências e as ações desempenhadas, conforme citado acima, nos municípios de Condado, Pio IX e São José, assista aos vídeos:

- [Ação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias - Webdoc Brasil, aqui tem SUS - Condado \(PB\).](#)
- [Programa Saúde na Escola - Webdoc Brasil, aqui tem SUS - Pio IX \(PI\).](#)
- [Acesso a APS e Atendimento Integral à população transgênero - Webdoc Brasil, aqui tem SUS - São José \(SC\).](#)

A participação social, retomando a Constituição de 1988, é uma estratégia fundamental para a concretização de direitos e para a promoção do Estado de bem-estar social. A Carta Magna nos demonstra que as pessoas devem ser ativas nas tomadas de decisões que afetam as suas vidas (Brasil, 2010). Portanto, a participação não é apenas um meio de legitimar ações, mas também um mecanismo de controle social, assegurando a transparência e a efetividade das políticas públicas (Brasil, 1988).

Até esse momento, você já refletiu sobre as Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde?

Tais instâncias de democracia participativa permitem que diferentes setores e representações da sociedade possam levantar, propor, debater e decidir sobre iniciativas para o SUS. A partir dos grupos de trabalho e nas inúmeras plenárias, paulatinamente, as diferentes urgências e as necessidades são apresentadas, discutidas, votadas e, então, referendadas como diretrizes para a incorporação no SUS.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde, em julho de 2023, na cidade de Brasília (DF), teve como tema “Garantir Direitos, defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia!”, com mais de seis mil pessoas reunidas, entre delegados(as), convidados(as) e observadores de todo o país.


Figura 34. Presidente Lula e ministros do governo no encerramento da 17ª Conferência Nacional de Saúde em 2023.



Fonte: Adalberto Marques. Ministério da Saúde. Brasil, 2023. [CC BY-ND 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/)

Nessa esteira, é válido mencionar o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que é um órgão colegiado de caráter permanente e faz parte da estrutura do Ministério da Saúde. O CNS, regulamentado a partir da Lei n.º 8.142, possui papel fundamental para fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas (Brasil, 1990b).

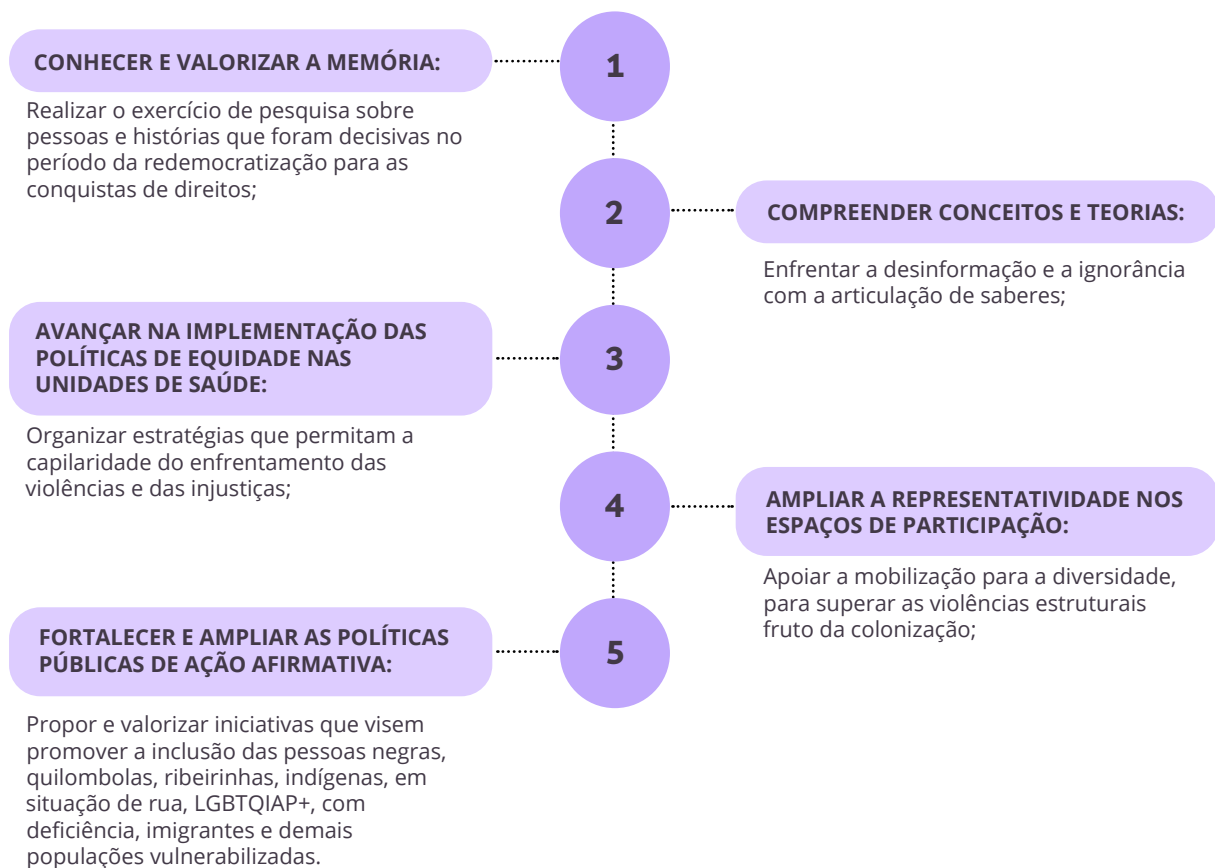
É importante levar esses tópicos para os momentos com as equipes de saúde, nos atendimentos aos usuários, para os espaços de educação em saúde e, também, para o cotidiano. Não há como promover a equidade em saúde sem defender um país democrático.

 **REFLETINDO**

Como é possível contribuir para manter a saúde e a democracia fortalecidas?

Alguns caminhos destacam-se como potenciais contribuições para o fortalecimento da saúde e da democracia, como:

Figura 35. Caminhos para o fortalecimento da saúde e da democracia.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2024.

Atualmente, fortalecer o SUS depende também de esforços coletivos para enfrentar os discursos autoritários, o negacionismo científico e ampliar a participação da sociedade.

3.2 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Educação Popular em Saúde (EPS) é uma forma poderosa de viabilizar a participação social, pois tem como base a construção coletiva dos saberes (Freire, 1983). Por isso, articula profissionais de saúde, movimentos sociais, cidadãos e cidadãs. Toma como fundamento que todas as pessoas possuem conhecimentos e experiências que podem ser compartilhados, em uma visão horizontal, intercultural e emancipatória da vida (Lima *et al.*, 2020).

Figura 36. Ações de prevenção e controle à saúde das funcionárias da Prefeitura de Olinda em evento do o Programa Oh! Linda Servidora, em 2010.



Fonte: Ádria de Souza. Prefeitura de Olinda, 2010. Wikimedia Commons. [CC BY 2.0](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Oh_Linda_Servidora_2010.jpg)

É preciso reforçar que o direito à informação e ao conhecimento é um direito humano fundamental (ONU, 1948). Todavia, como chamam a atenção os pesquisadores Fran Demétrio e Hilan Bensusan (2019), ter direito ao conhecimento não se limita a simplesmente ter acesso à informação ou às oportunidades de aprender. Eles mencionam a urgência de reconhecer e valorizar o conhecimento de todos, incluindo o de comunidades frequentemente ignoradas ou marginalizadas. Esse é um posicionamento indispensável para o enfrentamento das injustiças e opressões que ocorrem quando determinados tipos de conhecimento são valorizados em detrimento de outros. Segundo eles, respeitar e promover a diversidade de conhecimento pode levar a uma compreensão mais rica e inclusiva do mundo, essencial para o avanço da justiça social.

Você sabia que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) foi criada em 2013?

Esse ato representou a instituição de uma demanda referendada pelas Conferências Nacionais de Saúde dos anos de 2004, 2008 e 2011. Além disso, foi aprovada pelo CNS com vistas a implementar práticas populares em saúde de modo ampliado, democrático e com participação social. Por fim, também pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é o órgão de coordenação e articulação com representação dos três níveis de gestão do SUS (Brasil, 2013e; Brasil, 2013f).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) é orientada por seis princípios (Brasil, 2013e; Brasil, 2013f):

Figura 37. Princípios da PNEPS-SUS.



Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2024.

Dessa forma, fomenta-se a abertura para as diferentes culturas e suas capacidades de apreensão e de como lidar com os assuntos de saúde (Brasil, 2013e).

O processo de Educação Popular instiga uma capacidade crítica, ampliada e libertadora que o conhecimento pode proporcionar. Isso ocorre porque o cuidado no SUS precisa ultrapassar o modelo biomédico, considerando as práticas integrativas e complementares em saúde e a medicina indígena.



É necessário desafiar o antropocentrismo predominante, aprendendo com os saberes ancestrais que mostram caminhos para uma convivência harmoniosa com o planeta Terra (Krenak, 2019). Seja a partir dos ensinamentos do bem-viver que intelectuais indígenas (Baniwa, 2020) apresentam ou das evidências de que a conexão com o ambiente e a proteção dos territórios demonstram, a ideia de cuidado em saúde precisa ser ampliada.



PARA SABER MAIS



Leia o artigo “Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde”, de Bonetti *et al.* (2011), para conhecer a linha do tempo da educação popular e sua construção no campo da saúde. Para acessar o artigo, clique no link disponibilizado abaixo:

- [Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde.](#)

Conheça a Rede de Educação Popular e Saúde, uma articulação de profissionais de saúde, pesquisadores(as) e lideranças de movimentos sociais, clicando no link a seguir:

- [Rede de Educação Popular e Saúde - REDEPOPSAUDE.](#)

Você conhece educadoras e educadores populares de saúde ou experiências no SUS alinhadas com a Educação Popular?

A EPS passou a orientar a construção de formas participativas e humanizadoras de fazer saúde no âmbito das políticas públicas. Inúmeras práticas e ideias da EPS contribuem para a qualificada expansão do SUS.

Uma experiência no SUS alinhada com a Educação Popular foi o Curso de Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários e de Vigilância em Saúde (EdPopSUS) que propiciou a formação dos agentes na dimensão educativa. Além disso, desenvolveu nos agentes a reflexão crítica sobre a sua prática profissional e contou com trabalhos em praças, escolas e clubes (Botelho *et al.*, 2021).



PARA SABER MAIS



Conheça o Programa de Formação de Educadoras e Educadores Populares de Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 1.133, de 16 de agosto de 2023, clicando no hiperlink abaixo:

- [Portaria GM/MS nº 1.133, de 16 de agosto de 2023.](#)

Francisca Pereira da Silva é uma mulher indígena, Ka'apor, mãe de santo, rezadeira, integrante do Movimento Popular de Saúde e assentada da reforma agrária. Para saber mais sobre a trajetória dessa educadora popular em saúde, que integrou conhecimentos tradicionais ao SUS, e para conhecer a memória e as homenagens dedicadas a ela, acesse:

- [Em memória de Dona Chica.](#)
- [Saberes populares - Bença, Chica!](#)

No início do caminho nesta unidade, partiu-se da questão de como a participação da sociedade e a Educação Popular estariam relacionadas com a Promoção da Equidade em Saúde. A expectativa é que a trajetória de reflexão tenha sido instigante e esperançosa. Afinal, promover a saúde com base no diálogo contínuo e na ampliação da participação dos movimentos sociais, das organizações populares e das instituições progressistas da sociedade, estão conectados com as urgências de vida do povo.

Para encerrar, inúmeros foram os desafios enfrentados durante a pandemia de covid-19, vivenciada recentemente. É importante, a partir da história vivenciada durante a pandemia, a relevância da educação popular. Os esforços foram significativos e as iniciativas com a perspectiva de valorizar diferentes saberes permitiram superar o negacionismo científico, a desinformação e a circulação de informações falsas.

Figura 38. Representação gráfica das reivindicações populares pela vacinação durante a pandemia de covid-19.



Fonte: Adaptado de Freepik.com, ©2024.

Diversas iniciativas de profissionais da saúde e movimentos sociais se ocuparam, na perspectiva da Educação Popular, de divulgar assuntos como a importância do uso de máscaras, da vacinação e de cuidados para evitar a propagação do vírus (Morel, 2021; Santos *et al.*, 2021).

Leituras e materiais recomendados

Ao longo deste módulo, abordamos temas fundamentais, desde a implementação do SUS no Brasil, incluindo as diferentes Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, assim como Portarias que instituem programas e orientações voltadas para a área da saúde. Além disso, discutimos aspectos relacionados às Conferências e aos CNS, bem como à EPS.

Para aprofundar seu conhecimento, recomendamos algumas leituras e materiais que abordam esses diferentes aspectos, além de questões mais específicas, como indicadores de saúde com análises estratificadas, disparidades de saúde entre grupos populacionais e orientações para políticas e intervenções. Também apresentamos abaixo materiais que discutem a situação de saúde em territórios periféricos, destacando iniciativas populares de enfrentamento às condições de saúde, e práticas pautadas na educação popular em saúde para enfrentar desafios durante a pandemia. Esperamos que essas leituras e materiais sejam úteis para aprofundar seu conhecimento sobre esses temas essenciais.

- [Centro Cultural do Ministério da Saúde: SUS e a Saúde no Brasil - Antes e Depois;](#)
- [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional \(PNAISP\);](#)
- [Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas \(PNASPI\);](#)
- [Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS;](#)
- [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei \(PNAISARI\);](#)
- [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da PNAISARI;](#)
- [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani \(PNAISPC\);](#)
- [Guia orientador para a atenção integral à saúde do Povo Cigano;](#)
- [Política Nacional de Saúde Integral da População Negra \(PNSIPN\);](#)
- [Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra lançado pelo Ministério da Saúde em 2023;](#)
- [Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta \(PNSIPCF\);](#)

- [Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais \(PNSILGBT\);](#)
- [Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023 - Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde;](#)
- [Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS;](#)
- [Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 - Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde;](#)
- [Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;](#)
- [Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013 - Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde \(PNEPS-SUS\);](#)
- [Portaria GM/MS nº 1.133, de 16 de agosto de 2023 - Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde;](#)
- [Perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua notificadas com tuberculose no Município do Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2015 a 2019;](#)
- [8ª Conferência Nacional em Saúde - Democracia é saúde;](#)
- [Fiocruz - Hora de refundar o Brasil;](#)
- [Fiocruz: Histórias da saúde - Podcast;](#)
- [Fiocruz - Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde;](#)
- [O que nos move \(15ª Conferência Nacional de Saúde\) - Documentário;](#)
- [Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde;](#)
- [Participação Social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo;](#)
- [Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde;](#)
- [Rede de Educação Popular e Saúde - UFPB;](#)
- [Fiocruz - Radar Saúde Favela: Racismo ambiental e climático e direito à cidade: os pontos de vista das favelas e periferias;](#)
- [Mobilizações: quadrinhos sobre pessoas LGBTQIA+ e o enfrentamento da pandemia da covid-19.](#)

Encerramento do módulo

O SUS no Brasil tem como um de seus princípios fundamentais a equidade, buscando garantir que todas as pessoas tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de suas condições socioeconômicas, raça, gênero, etnia, localização geográfica ou outras características pessoais. Para promover a equidade em saúde, o SUS implementa diversas políticas e estratégias que visam reduzir as desigualdades e melhorar o acesso aos cuidados de saúde em todas as regiões do país. No decorrer das unidades, apresentamos as principais políticas de equidade no SUS que incluem os povos indígenas; a população em situação de rua; os adolescentes em conflito com a lei; as populações do campo, da floresta e das águas; LGBT; a população negra; o Povo Cigano/Romani e as pessoas privadas de liberdade.

Neste módulo, também aprofundamos o entendimento sobre os DSS e a importância da perspectiva da interseccionalidade nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS. É fundamental compreender e respeitar os marcadores de sexo, gênero e orientação sexual no SUS, pois são indispensáveis para a promoção de uma assistência em saúde inclusiva, equitativa e de qualidade. As equipes de saúde podem reduzir e eliminar as barreiras, as situações de estigma e de discriminação nos serviços de saúde. E, por fim, refletimos sobre a importância da participação social e a EPS nos processos de trabalho das equipes de saúde do SUS focados na equidade.

Considerações finais

Ao longo deste livro, exploramos a fundo temas centrais para a compreensão e a prática da equidade no SUS. Ao decorrer dos módulos, apresentamos os conceitos fundamentais de equidade e suas implicações para a estrutura e o funcionamento do SUS. Entendemos que equidade não se resume apenas à igualdade de acesso, mas envolve a promoção de condições que permitam a todos alcançar seu pleno potencial de saúde, levando em consideração as diferenças e necessidades específicas de cada grupo populacional.

Um ponto fundamental discutido é a variedade de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. Existem inúmeras portarias e programas institucionais destinados a corrigir desigualdades históricas e estruturais, com o objetivo de proporcionar um sistema de saúde mais justo e acessível para todos. Essas políticas públicas são de suma importância para o estudo e o reconhecimento das desigualdades socioeconômicas entre as diferentes populações, buscando garantir que recursos e serviços sejam distribuídos de maneira a atender de forma mais eficaz aqueles em situação de maior vulnerabilidade.

Os DSS demonstraram uma relação significativa com a promoção da saúde e do bem-estar das populações. Por isso, é fundamental enfatizar a importância de práticas específicas, como a consideração da raça/cor e etnia e o respeito ao nome social, como formas efetivas de promover a equidade. Além disso, ficou evidente a necessidade de incorporação e participação da população por meio da EPS, que são ferramentas essenciais para a construção de práticas mais inclusivas e democráticas. A EPS não apenas capacita as comunidades, mas também fortalece o diálogo e a colaboração entre os profissionais de saúde e a população.

Ao final desta jornada, esperamos ter contribuído para um entendimento mais profundo e abrangente da equidade em saúde, enfatizando sua importância para a efetividade e justiça do SUS. A promoção da equidade deve ser um compromisso contínuo e coletivo, envolvendo gestores, profissionais de saúde e a sociedade como um todo. Somente através de esforços integrados e persistentes poderemos construir um sistema de saúde verdadeiramente equitativo, capaz de atender de forma justa e eficaz às necessidades de toda a população brasileira. Estamos confiantes de que esse conhecimento contribuirá para uma prática mais humanizada, inclusiva e eficaz no campo da saúde. A busca pela equidade é, acima de tudo, uma busca pela dignidade humana e pelo direito universal à saúde.

Referências

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. *In*: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. **Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management**. 3. ed. São Francisco: Jossey-Bass, 2007. p. 3–33.
- BANCO MUNDIAL. **Quase Metade do Mundo Vive com Menos de USD \$5,50 por Dia**. Washington, 17 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2018/10/17/nearly-half-the-world-lives-on-less-than-550-a-day-brazilian-portuguese#:~:text=Cerca%20de%2046%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,o%20bem%20Destar%20da%20fam%C3%ADlia>. Acesso em: 17 out. 2024.
- BANIWA, A. F. **Bem viver e viver bem segundo o povo Baniwa no Noroeste Amazônico Brasileiro**. Curitiba: Editora UFPR, 2020.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, v. 16, n. 1, p. 3–17, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100001>. Acesso em: 17 out. 2024.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 17 out. 2024.
- BARROS, A. J. D.; BASTOS, J. L.; DÂMASO, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s254–s262, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400012>. Acesso em: 17 out. 2024.
- BARROS, F. P. C. de.; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9–18, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Acesso em: 17 out. 2024.

BATISTON, A. P.; SANTOS, M. L. de M. dos. Bases legais do SUS: leis orgânicas da saúde. *In*: CORREIA, A. D. da M. S. *et al.* (Org.). **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS; Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 3, p. 52–58). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2985?mode=full>. Acesso em: 17 out. 2024.

BEN, J. *et al.* Racism and health service utilisation: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v.12, n.12, p.e0189900, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189900>. Acesso em: 17 out. 2024.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022, 152 p.

BOMFIM, R. A. *et al.* Racial inequality in complete dental prosthesis delivered: can public services reduce inequities? **Clinical Oral Investigations**, v. 28, n. 17, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05432-1>. Acesso em: 17 out. 2024.

BOTELHO, B. O. de *et al.* Experiências de formação no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200195, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200195>. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica n.º 16 de 2013**. Política Nacional de Educação Popular em Saúde, 2013f. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-16-2013-Educac%CC%A7a%CC%83o-Popular-em-Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. **Decreto n.º 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. (Vide ADPF 976). Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 jan. 2014. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp>. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37488.html>. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF, 2013d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 230, de 7 de março de 2023.** Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 mar. 2023a. p. 107–108. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.082, de 23 de maio de 2014.** Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.384, de 28 de dezembro de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde:** Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2 [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

BRAVEMAN, P.; GOTTLIEB, L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. **Public Health Rep**; v. 129, Supl. 2, p. 19–31, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>. Acesso em: 17 out. 2024.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 17 out. 2024.

CALDAS, R. J. C. *et al.* Incidência de malária entre povos indígenas associada à presença de mineração artesanal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e20220098, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220098.en>. Acesso em: 17 out. 2024.

CDSS. Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

CELESTE, R. K. *et al.* Life course social mobility, race and tooth loss in adulthood: The role of dental health services. **Oral Diseases**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.14918>. Acesso em: 17 out. 2024.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P. Aspectos relacionados aos efeitos da desigualdade de renda na saúde: mecanismos contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2507–2519, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500025>. Acesso em: 17 out. 2024.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P.; FRITZELL, J. Trends in socioeconomic disparities in the utilization of dental care in Brazil and Sweden. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 39, n. 6, p. 640–648, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494811414246>. Acesso em: 17 out. 2024.

CHOWDHURY, A. H. *et al.* Socioeconomic inequalities in under-five mortality in rural Bangladesh: Evidence from seven national surveys spreading over 20 years. **International Journal Equity Health**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0693-9>. Acesso em: 17 out. 2024.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

DEMÉTRIO, F.; BENSUSAN, H. N. O conhecimento dos outros: a defesa dos direitos humanos epistêmicos. **Revista do CEAM**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 110–124, 2019. Disponível em: <https://zenodo.org/records/3338716>. Acesso em: 17 out. 2024.

DIDERICHSEN, F.; HALLQVIST, J.; WHITEHEAD, M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. **International Journal of Epidemiology**, v. 48, n. 1, p. 268–274, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy167>. Acesso em: 17 out. 2024.

ENSP/FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. **Portal DSSBR Determinantes Sociais da Saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2024. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 17 out. 2024.

SCOREL, S. Equidade em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 202–210.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 323–363. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0014>. Acesso em: 17 out. 2024.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

SCOREL, S., TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 279–321. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0013>. Acesso em: 17 out. 2024.

FAUSTINO-SILVA, D. D. *et al.* Motivational interviewing effects on caries prevention in children differ by income: A randomized cluster trial. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 47, n. 6, p. 477–484, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12488>. Acesso em: 17 out. 2024.

FERREIRA, B. D. O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3825–3834, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06422022>. Acesso em: 17 out. 2024.

FIORAVANTI, C. As ideias de Pasteur em nosso dia a dia. **Revista Pesquisa Fapesp**, São Paulo, v. 322, p. 90–93, 2022. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2022/12/090-093-memoria-322.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira; prefácio de Jacques Chonchol. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 93 p.

GOES, E. F. Dilemas interseccionais: racismo e aborto no Brasil. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 9, n. 1, p. 31–46, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v9i1.54896>. Acesso em: 17 out. 2024.

GONDIN, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. *In*: GONDIN, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. (org.). **Técnico de vigilância em saúde**: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21–44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39894>. Acesso em: 17 out. 2024.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**. Anpocs. p. 223–244. 1984. Disponível em: <https://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/GONZAL1.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 19–46, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2007.v9i17.a13531>. Acesso em: 17 out. 2024.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 1, p. 405–412, 1971. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x). Acesso em: 17 out. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais dos domicílios e moradores 2022. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – 2022**. Diretoria de Pesquisas – IBGE, 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/1cd893a10b3cabf31fc31e994531632f.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 50, n. 10, p. 693–700, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693>. Acesso em: 17 out. 2024.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p. Disponível em: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

LIMA, L. DE O. *et al.* Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2737–2742, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.26122020>. Acesso em: 17 out. 2024.

LOBO, B. H. D. S. D. C. *et al.* A transfobia como doença social: discursos de vulnerabilidades em homens trans e pessoas transmasculinas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, e20220183, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0183pt>. Acesso em: 17 out. 2024.

LORENC, T. *et al.* What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. **J Epidemiol Community Health**, v. 67, n. 2, p. 190–193, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>. Acesso em: 17 out. 2024.

LYNCH, J. *et al.* Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. **BMJ**, v. 320, n. 7243, p. 1200–1204, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7243.1200>. Acesso em: 17 out. 2024.

MACIEL, J. A. C. *et al.* “Com dor de dente, tudo é ruim nesta vida!”: saúde bucal na comunidade indígena de Tremembé, Ceará, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e220239, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface220239>. Acesso em: 17 out. 2024.

MACKENBACH, J. P. *et al.* Trends in health inequalities in 27 European countries. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 115, n. 25, p. 6440–5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>. Acesso em: 17 out. 2024.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN J.; WINDLE J. **Emergency triage**: Manchester Triage Group. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

MARMOT, M. *et al.* Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, v. 372, n. 9650, p. 1661–1669, 2008. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6). Acesso em: 17 out. 2024.

MARMOT, M. The health gap: the challenge of an unequal world. **The Lancet**, v. 386, n. 10011, p. 2442–2444, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6). Acesso em: 17 out. 2024.

MARMOT, M.; WILKINSON, R.G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch *et al.* **BMJ**, v. 322, n. 7296, p. 1233–1236, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120336/pdf/1233.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

MARTINS, L. A. P.; MARTINS, R. A. **Infecção e higiene antes da teoria microbiana: a história dos miasmas** – A teoria errada que salvou milhões de vidas. Disponível em: <https://www.ghtc.usp.br/server/pdf/ram-Miasmas-Sci-Am.PDF>. Acesso em: 17 out. 2024.

MCKEOWN, T. **The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?** London: Basil Blackwell, 1979. 207 p.

MEIRA, A. R.; SEGRE, M. Medicina Social: definição e campo de ação e a integração com a medicina do trabalho e a medicina legal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, n. 2, p. 100–104, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v9.2-007>. Acesso em: 17 out. 2024.

MÉLLO, L. M. B. de D; ALBUQUERQUE, P. C. de; SANTOS, R. C. dos. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 842–856, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7172>. Acesso em: 17 out. 2024.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>. Acesso em: 17 out. 2024.

MEYER, G. de L. *et al.* Entrevista motivacional como uma ferramenta no processo de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 579–596, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/215038>. Acesso em: 17 out. 2024.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00315147, 2021.

MÚJICA, O. J. *et al.* Socioeconomic inequalities and mortality trends in BRICS, 1990–2010. **Bull World Health Organ**, v. 92, n. 6, p. 405–412, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24940014/>. Acesso em: 17 out. 2024.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 23, n. 6, p. 331–339, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1995.tb00258.x>. Acesso em: 17 out. 2024.

NASCIMENTO, G. A. R. do; BATISTA, M. R. R.; NASCIMENTO, M. A. R. do. Panorama atual de proteção do direito à terra das comunidades quilombolas e desafios futuros. **Interações**, v. 17, n. 3, p. 432–447, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3\(07\)](https://doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3(07)). Acesso em: 17 out. 2024.

OLIVEIRA, C. R. de.; OLIVEIRA, R. C. de. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 105, p. 5–29, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002>. Acesso em: 17 out. 2024.

OLIVEIRA, D. de. Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2022020, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100030>. Acesso em: 17 out. 2024.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra, 1978.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights>. Acesso em: 17 out. 2024.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 625–644, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>. Acesso em: 17 out. 2024.

PILOTTO, L. M.; CELESTE, R. K. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998–2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00052017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00052017>. Acesso em: 17 out. 2024.

PILOTTO, L. M.; CELESTE, R. K. The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2727–36, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24112017>. Acesso em: 17 out. 2024.

PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 25–40, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901993000100004>. Acesso em: 17 out. 2024.

PINCUS, T. *et al.* Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care. **Annals of Internal Medicine**, v. 129, n. 5, p. 406–411, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-129-5-199809010-00011>. Acesso em: 17 out. 2024.

POLIDORO, M. *et al.* Geografia das disparidades em saúde entre brancos e negros em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31010454, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010454>. Acesso em: 17 out. 2024.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. *In*: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (orgs.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez Editora, 2010. p. 437–449.

RIBEIRO, C. D. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1109–1118, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137819>. Acesso em: 17 out. 2024.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 1. ed. New York: The Free Press, 1962.

ROSARIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17–31, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>. Acesso em: 17 out. 2024.

SÁ, G. R. S.; OLIVEIRA, O. M. A.; NUNES, P. C.; GONDIM, G. M. M. Um pouco de história: evolução das concepções de saúde, doença e cuidado. *In*: SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G. M. M. (orgs.). **Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080917.0003>. Acesso em: 17 out. 2024.

SANDERS, D.; CARVER, R. **The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment**. Macmillan Education, 1985.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho e Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>. Acesso em: 17 out. 2024.

SANTOS, H. L. P. C. D. *et al.* A voz da comunidade no enfrentamento da covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 763–777, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113015>. Acesso em: 17 out. 2024.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 17 out. 2024.

SILVA, M. S. M. da.; TRAVASSOS, C. A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 38, p. e00188721, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188721>. Acesso em: 17 out. 2024.

SILVA, P. A. S. **Território: Abordagens e Concepções**. Boletim DATALUTA – Artigo do mês: dezembro de 2015 (ISSN 2177-4463). Disponível em: https://www2.fct.unesp.br/nera/artigodomes/12artigodomes_2015.pdf. Acesso em: 17 out. 2024.

SILVEIRA, R. *et al.* Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200414, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>. Acesso em: 17 out. 2024.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. *In*: Ana Maria Girotti Sperandio (org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, 2004. p. 57-77.

SOUZA, N. P. C. de. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963)**: antecedentes para um sistema nacional de saúde pública e descentralizado. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p.160. 2014. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18696>. Acesso em: 17 out. 2024.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQC1>. Acesso em: 17 out. 2024.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00208-1). Acesso em: 17 out. 2024.

STOPA, S. R. *et al.* Use of and access to health services in Brazil, 2013. National Health Survey. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 51, suppl 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>. Acesso em: 17 out. 2024.

TAYLOR, R.; RIEGER, A. Medicine as Social Science: Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. **International Journal of Health Services**, v. 15, n. 4, p. 547-559, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/XX9V-ACD4-KUXD-C0E5>. Acesso em: 17 out. 2024.

TEH, H. C. *et al.* Mental well-being mediates the relationship between perceived stress and perceived health. **Stress Health**, v. 31, n. 1, p. 71-77, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smi.2510>. Acesso em: 17 out. 2024.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 2, p. 286–90, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000200008>. Acesso em: 17 out. 2024.

TEKA, T.; FARUQUE, A. S.; FUCHS, G. J. Risk Factors for Deaths under-age-five children attending Diarrhoea Treatment Centre. **Acta Paediatrica**, v. 85, p. 1070-75, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1996.tb14219.x>. Acesso em: 17 out. 2024.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (eds). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 183–206. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009>. Acesso em: 17 out. 2024.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 17 out. 2024.

TSOUICALAS, G. *et al.* The hygienist and sociologist Louis-René Villermé (1782-1863): a pioneer of occupational medicine. **Med Lav**, v.103, n. 4, p. 243–248, 2012.

VICTORA, C. G. *et al.* Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, v. 23, n. 356, p. 1093–1098, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02741-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02741-0). Acesso em: 17 out. 2024.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, p. 1.863–1.876, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4). Acesso em: 17 out. 2024.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S217–S226, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Acesso em: 17 out. 2024.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em: 17 out. 2024.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429–445, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>. Acesso em: 17 out. 2024.

WHITEHEAD, M. The Health Divide. *In*: TOWNSEND, P. B.; WHITEHEAD, M.; DAVIDSON, N. **Inequalities in health: The Black Report & the Health Divide** (new third edition). Penguin Books, 1992, p. 215–450.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

WILKINSON, R.G. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? **BMJ**, v. 314, n. 7080, p. 591–595, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.591>. Acesso em: 17 out. 2024.

Lista de figuras

Figura 01 - Os quatro humores fundamentais de Hipócrates.	22
Figura 02 - Os quatro temperamentos humanos de Galeno.	23
Figura 03 - 8ª Conferência Nacional de Saúde.	27
Figura 04 - Linha do tempo da saúde pública brasileira.	28
Figura 05 - Adaptação do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).	33
Figura 06 - Representação gráfica dos conceitos de igualdade e equidade.	36
Figura 07 - Protocolo de Manchester.	37
Figura 08 - Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no âmbito do SUS.	38
Figura 09 - Unidades de atendimento para a população em situação de rua.	39
Figura 10 - Acolhimento das gestantes no Programa Mãe Olinda, promovido pela Prefeitura de Olinda, Pernambuco.	48
Figura 11 - Representação gráfica de bairro modelo com variados equipamentos sociais.	54
Figura 12 - Exemplos de determinantes individuais de saúde do tipo comportamentais.	56
Figura 13 - Declínio na taxa de mortalidade por tuberculose na Inglaterra e no País de Gales.	59
Figura 14 - Modelo conceitual de determinantes de saúde da Comissão para Determinantes Sociais de Saúde.	64
Figura 15 - Contraste das condições de moradia entre classes sociais.	65
Figura 16 - Tendências em obesidade por quintil de renda (Q1- mais ricos, Q5- mais pobres) para homens (a) e mulheres (b), no Brasil entre 1975 e 2003.	68
Figura 17 - Tendências na prevalência de uma doença ao longo de 10 anos, estratificado por renda.	69
Figura 18 - Paciente idosa em atendimento em consultório.	72

Figura 19 - Criança internada em quarto de hospital.	73
Figura 20 - Sala de espera e recepção do Hospital Geral de Itaparica.	75
Figura 21 - Modelo comportamental de uso de serviços de saúde com fatores individuais e contextuais.	77
Figura 22 - Tendências na prevalência de indivíduos com boa saúde bucal e que visitaram o dentista no ano anterior por grupo etário e renda no Brasil e Suécia.	79
Figura 23 - Profissional de saúde em visita domiciliar.	80
Figura 24 - Grupo de pessoas em fila para atendimento de saúde.	81
Figura 25 - Logotipo do Sistema Único de Saúde (SUS).	85
Figura 26 - Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) Olomai, localizada na Terra Indígena Yanomami.	89
Figura 27 - Estrutura Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde.	91
Figura 28 - Atendimento médico de Clínica Geral realizado em presídio no Mato Grosso do Sul.	93
Figura 29 - Intérprete auxiliando a comunicação entre paciente e equipe médica na Casa de Saúde Indígena (Casai) Yanomami, em Boa Vista (RR).	94
Figura 30 - Pessoa negra em atendimento de saúde.	95
Figura 31 - Estrutura Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde.	99
Figura 32 - Luiza Bairros, ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Brasil, em uma coletiva de imprensa sobre o lançamento da “Década Internacional dos Afrodescendentes” em 2014.	100
Figura 33 - Representação de profissional da saúde apresentando resultados de exames a paciente em consulta médica.	102
Figura 34 - Presidente Lula e ministros do governo no encerramento da 17ª Conferência Nacional de Saúde em 2023.	113
Figura 35 - Caminhos para o fortalecimento da saúde e da democracia.	114
Figura 36 - Ações de prevenção e controle à saúde das funcionárias da Prefeitura de Olinda em evento do o Programa Oh! Linda Servidora, em 2010.	115
Figura 37 - Princípios da PNEPS-SUS.	116
Figura 38 - Representação gráfica das reivindicações populares pela vacinação durante a pandemia de covid-19.	119

Lista de quadros

Quadro 01 - Acesso à saúde no Brasil, antes e depois do SUS.	87
Quadro 02 - Conceitos que orientam o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS).	105

Lista de abreviaturas e siglas

A

ACE

Agentes de Combate às Endemias

ACS

Agentes Comunitários de Saúde

AIS

Agentes Indígenas de Saúde

APS

Atenção Primária à Saúde

C

CAPS

Centros de Atenção Psicossocial

CDS

Coleta de Dados Simplificado

CIT

Comissão Intergestores Tripartite

CMDSS

Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNS

Conselho Nacional de Saúde

D

DSEI

Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DSS

Determinantes Sociais da Saúde

DESF

Departamento de Saúde da Família

E

eCR

equipes de Consultório na Rua

EdPopSUS

Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários e de Vigilância em Saúde

EPS

Educação Popular em Saúde

ESF

Estratégia Saúde da Família

L

LGBT

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LGBTQIA+

Lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexuais, assexuais e outras orientações sexuais e identidades de gênero

O

OMS

Organização Mundial da Saúde

ONU

Organização das Nações Unidas



PEC

Prontuário Eletrônico do Cidadão

PNAISP

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAISPC

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani

PNAISARI

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

PNASPI

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNEPS-SUS

Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

PNH

Política Nacional de Humanização

PNPSR

Política Nacional para a População em Situação de Rua

PNS

Política Nacional de Saúde

PNSILGBT

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PNSIPCF

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PNSIPN

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PSE

Programa Saúde na Escola

R

RAS
Rede de Atenção à Saúde

S

SAMU
Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SAPS
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SasiSUS
Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SIAB
Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS
Sistema Único de Saúde

U

UPA
Unidades de Pronto Atendimento

USF
Unidades de Saúde da Família

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme a Lei n.º 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TÍTULO	Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde
ORGANIZADORES	Ana Emília Figueiredo de Oliveira Cadidja Dayane Sousa do Carmo Camila Mello dos Santos Karoline Corrêa Trindade Paola Trindade Garcia
PROJETO GRÁFICO E CAPA	Claudia Schirmbeck Peixoto Jackeline Mendes Pereira Vital Amorim Vital
PÁGINAS	147
FORMATO	210 x 297 mm (A4)
TIPOGRAFIAS	Open Sans CORPO Livvic TÍTULOS
EDIÇÃO	Digital

Integra UNA-SUS

EIXO TEMÁTICO | POLÍTICA DE EQUIDADE EM SAÚDE

CURSO

Equidade em Prática no Sistema Único de Saúde

REALIZAÇÃO

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão. 2024.

