

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANE FATIMA TURESSO

EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA: DA REVISÃO INTEGRATIVA À ROTINA  
PROFISSIONAL

CURITIBA/PR

2024

JULIANE FATIMA TURESSO

EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA: DA REVISÃO INTEGRATIVA À ROTINA  
PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tainá Ribas Mélo

CURITIBA/PR

2024

T935 Turesso, Juliane Fatima  
Equidade em saúde na prática: da revisão integrativa  
à rotina profissional [recurso eletrônico] / Juliane Fatima  
Turesso. – Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade  
Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Tainá Ribas Mélo

1. Equidade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Promoção da  
Saúde. I. Mélo, Tainá Ribas. II. Programa Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade  
Federal do Paraná. III. Título.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA  
JORDÃO CRB 9/991

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JULIANE FATIMA TURESSO** intitulada: **Equidade em saúde na prática: da revisão integrativa à rotina profissional**, sob orientação da Profa. Dra. TAINÁ RIBAS MÉLO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 06 de Maio de 2024.

Assinatura Eletrônica

14/05/2024 13:57:44.0

TAINÁ RIBAS MÉLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

11/05/2024 08:58:54.0

ROBERTO EDUARDO BUENO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL)

Assinatura Eletrônica

10/05/2024 11:38:07.0

MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus pela minha vida e pela minha família, especialmente os meus amados pais, os quais me proporcionaram todo o alicerce no que se refere à princípios, valores éticos e amor incondicional a vida.

Agradeço ao meu amado esposo sempre companheiro e presente em meus desafios, conquistas e aprendizados de forma amorosa e compreensiva.

Gratidão a Universidade Federal do Paraná pela oportunidade de desenvolver esse estudo, bem como a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tainá Ribas Mélo, sempre presente e assertiva nas orientações.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pela possibilidade de realizar este estudo no território escolhido, bem como meus colegas de trabalho pelo apoio e incentivo durante o período do mestrado.

Agradeço a banca de qualificação pelas pontuações pertinentes para a melhoria da condução dessa pesquisa.

Por fim, agradeço a mim, pela persistência em realizar esse trabalho, o qual foi pautado no respeito aos indivíduos e suas particularidades. Espero que os resultados e discussões apresentadas tragam contribuições para a nossa saúde pública e conseqüentemente para a sociedade.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.” (Cora Coralina)*

## RESUMO

O Brasil possui uma população diversificada, a qual é composta por diversas etnias e culturas, além de características variadas relacionadas à vulnerabilidade social e orientação sexual. O princípio da equidade trata do respeito às adversidades e está ligado ao conceito de justiça social. Dessa forma, este estudo teve como objetivo conhecer e analisar os temas relacionados ao conceito de equidade em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) bem como compreender quais as percepções e conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas relacionadas ao conceito de equidade em saúde. Para isso a pesquisa foi elaborada em dois eixos: o eixo 1 (capítulo II) compreendeu uma revisão integrativa com a seguinte questão: “Quais os temas relacionados ao conceito de equidade em saúde na atenção primária à saúde na literatura científica brasileira?” O eixo 2 (capítulo III) foi um estudo seccional de caráter exploratório e descritivo realizado a partir de um questionário elaborado no aplicativo *Google Forms* composto por 14 perguntas fechadas e 1 aberta, as quais tratavam sobre políticas públicas relacionadas ao conceito de equidade em saúde. A respeito da revisão integrativa, 17 artigos foram analisados de acordo com a técnica da análise de conteúdo de Bardin (2011) e foram elencados em 4 grupos: vulnerabilidade social, populações específicas, sistemas de informação e tecnologias em saúde e princípio relacionado ao SUS/ESF/redes de atenção. Em relação ao estudo seccional, 31 profissionais da saúde das carreiras de nível superior que atuam na APS de um Distrito Sanitário do município de Curitiba (Distrito Sanitário CIC) responderam ao questionário. Para as correlações foram analisadas as perguntas de caracterização da amostra, como tempo de serviço e graduação, idade e características de pós-graduação em relação às perguntas específicas sobre equidade, sendo realizada a análise descritiva do conteúdo das respostas da pergunta aberta. Os participantes tinham a média de 45,1 anos, com tempo de graduação médio de 19,6 anos e a média de 14,6 anos de tempo de SMS Curitiba. Quanto à pós-graduação, 24 (77,4%) responderam possuir pós-graduação em ESF/saúde coletiva/saúde pública. Constatou-se que 12 profissionais (38,7%) consideraram que o princípio da equidade em saúde não foi adequadamente discutido durante sua formação superior, 16 profissionais (51,6%), nunca participaram de nenhum tipo de capacitação voltada à saúde de grupos específicos e 25 profissionais (80,6%) já utilizaram algum protocolo específico para atendimento de pessoas/grupos vulneráveis. Ao comparar e integrar os dois eixos principais deste estudo, observou-se similaridade entre os resultados encontrados na revisão integrativa e as respostas dos profissionais participantes. Constatou-se a necessidade de aumentar a visibilidade do conceito de equidade no currículo do ensino básico, no currículo das carreiras da área da saúde de nível superior e em capacitações no ambiente de trabalho, bem como a importância do incentivo à pós-graduações nas áreas de saúde coletiva/saúde pública/ESF.

Palavras-chave: equidade; promoção da saúde; atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Brazil has a diverse population, which is made up of different ethnicities and cultures, in addition to varied characteristics related to social vulnerability and sexual orientation. The principle of equity deals with respect for adversity and is linked to the concept of social justice. Therefore, this study aimed to understand and analyze the themes related to the concept of health equity in Primary Health Care (PHC) as well as understand the perceptions and knowledge of professionals about public policies related to the concept of health equity. To this end, the research was developed along two axes: axis 1 comprised an integrative review with the following question: "What are the themes related to the concept of health equity in primary health care in Brazilian scientific literature?" Axis 2 was a sectional study of an exploratory and descriptive nature carried out using a questionnaire created in the Google Forms application, consisting of 14 closed questions and 1 open question, which dealt with public policies related to the concept of health equity. Regarding the integrative review, 17 articles were analyzed according to Bardin's (2011) content analysis technique and were listed in 4 groups: social vulnerability, specific populations, information systems and health technologies and principle related to the SUS/ ESF/care networks. In relation to axis 2, 31 health professionals from higher education careers who work in PHC in a Health District in the city of Curitiba (CIC Health District) responded to the questionnaire. For correlations, sample characterization questions were analyzed, such as length of service and degree, age and postgraduate characteristics in relation to specific questions about equity, with a descriptive analysis of the content of the answers to the open question. Participants had an average age of 45.1 years, with an average graduation time of 19.6 years and an average of 14.6 years of SMS Curitiba time. Regarding postgraduate studies, 24 (77.4%) responded that they had a postgraduate degree in ESF/collective health/public health. It was found that 12 professionals (38.7%) considered that the principle of health equity was not adequately discussed during their higher education, 16 professionals (51.6%) had never participated in any type of training focused on group health specific protocols and 25 professionals (80.6%) have already used a specific protocol to care for vulnerable people/groups. When comparing the two axes of this study, a similarity was observed between the results found in the integrative review and the responses of the participating professionals. The need to increase the visibility of the concept of equity in the basic education curriculum, in the curriculum for higher education health careers and in training in the workplace was noted, as well as the importance of encouraging postgraduate courses in the areas of collective health/public health/ESF.

Keywords: equity; health promotion; primary health care.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MODELO DE DALGHREN E WHITEHEAD PARA DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	29
FIGURA 2 – MAPA DAS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA	52
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE DOMICÍLIOS VULNERÁVEIS À POBREZA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA	53
FIGURA 4 - DELINEAMENTO DO ESTUDO 2 – EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA	55

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO	58
GRÁFICO 2 - QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO À IDADE, TEMPO DE FORMAÇÃO E DE ATUAÇÃO NA SMS	59
GRÁFICO 3 - QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO	60
GRÁFICO 4 - EQUIDADE COMO CONTEÚDO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO	61
GRÁFICO 5 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO	62
GRÁFICO 6 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO EM PÓS-GRADUAÇÃO	63
GRÁFICO 7 - IMPORTÂNCIA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS A GRUPOS VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO AO DO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	64
GRÁFICO 8 - IMPORTÂNCIA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS A GRUPOS VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO EM PÓS-GRADUAÇÃO	65
GRÁFICO 9 - UTILIZAÇÃO NA ROTINA DE TRABALHO DE PROTOCOLOS DE GRUPOS ESPECÍFICOS/VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	66
GRÁFICO 10 - VIVÊNCIA PROFISSIONAL EM ACIONAR O CONSULTÓRIO DE RUA EM RELAÇÃO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	67
GRÁFICO 11 - CONHECIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO CRAS/CREAS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	67
GRÁFICO 12 - ENCAMINHAMENTO PROFISSIONAL À CASA DA MULHER BRASILEIRA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	68

GRÁFICO 13 - CONHECIMENTO SOBRE ALGUMA ORGANIZAÇÃO NÃO- GOVERNAMENTAL/INSTITUIÇÃO RELIGIOSA/UNIVERSIDADE COM ATENDIMENTO DE SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS/ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS	69
GRÁFICO 14 - TRABALHOU OU TRABALHA EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE QUE RECEBEU/RECEBE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	69
GRÁFICO 15 - ATENDIMENTO DE ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	70
GRÁFICO 16 - PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	71
GRÁFICO 17 - CONHECIMENTO SOBRE AS DIMENSÕES DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE (IVAB) EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	72
GRÁFICO 18 - ATENDIMENTO DE SITUAÇÃO JUDICIALIZADA EM VIRTUDE DA SUSPEITA DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DO INDIVÍDUO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	72
GRÁFICO 19 - INTERESSE EM PARTICIPAR DE CAPACITAÇÕES SOBRE TEMAS RELACIONADOS AO CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	73

#### LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DA DISSERTAÇÃO CONFORME OBJETIVOS PRINCIPAIS	31
QUADRO 2 - CATEGORIAS DE CONTEÚDO	74

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL PESSOAL E PROFISSIONAL DOS PESQUISADOS ESTRATIFICADO	58
TABELA 2 - PERFIL PESSOAL E PROFISSIONAL DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO	59
TABELA 3 - EQUIDADE COMO CONTEÚDO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO	60
TABELA 4 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO	61
TABELA 5 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO EM PÓS-GRADUAÇÃO	63
TABELA 6 - UTILIZAÇÃO NA ROTINA DE TRABALHO DE PROTOCOLOS DE GRUPOS ESPECÍFICOS/VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	65
TABELA 7 - PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	70
TABELA 8 - CONHECIMENTO SOBRE AS DIMENSÕES DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE (IVAB) EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde  
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde  
CMB – Casa da Mulher Brasileira  
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social  
CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social  
CAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CEP – Comitê de ética e Pesquisa  
CFB – Constituição Federal Brasileira  
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
DSCIC – Distrito Sanitário CIC  
DSS – Determinantes Sociais da Saúde  
ECR – Equipes de Consultório na Rua  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IEH – Índice de Equidade Horizontal  
IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba  
IVAB – Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde  
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero  
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero  
LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bi, Transexuais, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e outras  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PCFA – Populações do Campo, da Floresta e das Águas  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SESP – Secretaria de Segurança Pública

SIMASE – Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPR – Universidade Federal do Paraná

## LISTA DE SÍMBOLOS

n - número

% - porcentagem

@ - arroba

= - igual

## SUMÁRIO

<b>1 CAPÍTULO I</b>	<b>18</b>
1.1 INTRODUÇÃO	18
1.2 JUSTIFICATIVA	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Objetivo Geral	21
1.3.2 Objetivos Específicos	21
1.4 DEFINIÇÃO DE EQUIDADE	22
1.4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE X ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
1.5 METODOLOGIA	30
<b>CAPÍTULO II - EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b>	<b>33</b>
2.1 INTRODUÇÃO	35
2.2 METODOLOGIA	37
2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
<b>CAPÍTULO III- EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA: A ROTINA PROFISSIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO CIC</b>	<b>51</b>
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO: CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO DO DISTRITO SANITÁRIO DO CIC	51
3.2 METODOLOGIA	54
3.3 RESULTADOS	57
3.3.1 Questões fechadas: Perfil Pessoal e profissional dos pesquisados	57
3.3.2 Questão aberta	73
3.4 DISCUSSÃO	75
<b>CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>85</b>
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	87
REFERÊNCIAS	88
<b>APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE 3 - CONVITE À PESQUISA</b>	<b>99</b>

**ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**100**

**ANEXO 2 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA**

**MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA**

**102**

## 1 CAPÍTULO I

A presente dissertação foi elaborada no formato/modelo escandinavo, com o Capítulo I contendo a introdução, justificativa, objetivo, referencial teórico (seções 1.4 e 1.5) e metodologia da dissertação; o Capítulo II com a revisão integrativa sobre equidade em formato de apresentação do artigo publicado na revista DIVERS@; o capítulo III com a pesquisa aplicada e o capítulo IV com as considerações finais e a síntese integradora dos achados da dissertação. Na sequência são apresentadas as limitações do estudo e sugestões para estudos futuros, referencial teórico de toda a dissertação, apêndices e anexos.

### 1.1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país conhecido pela composição diversificada de sua população, composta pelas mais variadas etnias e culturas, as quais formam um espaço geográfico com grande diversidade em todas as esferas e, dentre elas, destaca-se a esfera social.

Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem seu conceito baseado nas noções de igualdade e justiça. Tendo como base o respeito às diversidades, especificidades e necessidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui “o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde” (Brasil, 2023).

Todo indivíduo tem suas particularidades biológicas, étnicas, culturais, sexuais, espirituais, dentre outros aspectos de sua existência. Em termos de saúde, o tema equidade é necessário na elaboração de protocolos, fluxos e ações de prevenção e promoção de saúde, uma vez que considera as vulnerabilidades e características específicas dos indivíduos e/ou grupos destes para a organização da forma mais adequada de promover saúde no território.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Ao analisar essa definição de saúde juntamente com o artigo 5º da Constituição Federal Brasileira (CFB), no qual consta que “todos são iguais perante a lei” (Brasil, 1990)

percebe-se que tratar de maneira igualitária indivíduos de realidades tão diversas não parece ser a melhor forma de promover igualdade. Dessa forma, considerando as características específicas de cada indivíduo, o conceito de igualdade deve ser visto de forma relativa, uma vez que para existir equiparação de direitos deve-se tratar os indivíduos de acordo com as especificidades que cada pessoa ou grupo apresenta.

Em relação à saúde e à organização de redes de atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se a principal porta de entrada aos usuários no SUS e tem como um de seus pilares a educação permanente em saúde, composta de constantes capacitações e treinamentos sobre fluxos, protocolos, além de atualizações sobre doenças e agravos. A estratégia saúde da família (ESF) surgiu em 1994 com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde vigente até então, aproximando o profissional do indivíduo, trazendo a importância de considerar a pessoa atendida como um ser social inserido em um contexto familiar e em uma realidade social.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS (2018) lançou o guia para implementação das prioridades transversais na OPAS/OMS do Brasil, o qual estabelece como prioridades transversais: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça.

Ao considerar esse princípio, as organizações de saúde ao redor do mundo observaram a necessidade de organizar políticas públicas direcionadas ao cuidado de saúde para grupos específicos, tais como população negra, indígenas, pessoas em situação de rua, População LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, trans, queers, pansexuais, agêneros, pessoas não binárias, entre outros) (OPAS, 2018). Cada grupo tem suas particularidades e vulnerabilidades próprias que não justificariam a implementação de políticas de saúde únicas e engessadas para todos os indivíduos.

Tendo em vista o exposto, pode-se fazer considerações sobre a essencialidade do tema equidade em saúde, mas não se sabe ao certo quais as correlações e considerações atribuídas a esse princípio pelos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), nem como ele é trabalhado na vida acadêmica/funcional desses profissionais.

Frente ao referencial teórico encontrado nas bases de dados científicas brasileiras, bem como a importância no levantamento de informações sobre o conhecimento e impressões dos profissionais da área da saúde atuantes na APS sobre o princípio da equidade, apresentaremos neste estudo uma pesquisa baseada

em dois percursos metodológicos iniciais, os quais tem como objetivo dar início a discussão e estimular futuras investigações.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O princípio da equidade em saúde do SUS é um conceito que está intimamente ligado à justiça social. Promover saúde considerando as características específicas de cada indivíduo e/ou grupo e as realidades diversas nas quais cada um está inserido é essencial para tornar a sociedade mais inclusiva tendo em vista os determinantes sociais da saúde. Em contrapartida não se sabe exatamente como o assunto é tratado na literatura científica brasileira nem como é considerado no cotidiano de atuação dos profissionais da saúde que atuam na APS.

Desta forma, considera-se importante identificar os temas relacionados aos estudos com o assunto equidade em saúde publicados nas bases de dados científicas bem como verificar o conhecimento e considerações dos profissionais da APS do Distrito Sanitário CIC (DSCIC) sobre o princípio da equidade no que tange a rotina de trabalho no território em que atuam, seja por meio da verificação do conhecimento dos profissionais sobre as atribuições dos equipamentos de apoio social presentes no território, pela identificação de situações e grupos vulneráveis ou analisando os exemplos de situações nas quais julgam ter promovido equidade em saúde na sua rotina de trabalho. Os resultados obtidos no presente estudo podem trazer indícios sobre o conhecimento científico e prática, bem como a necessidade de maior visibilidade ao tema tanto na literatura científica como nas ações de capacitação/sensibilização dos profissionais.

Os resultados e discussão dessa pesquisa serão disponibilizados para a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e para os profissionais, e poderão subsidiar ações de gestão e planejamento de maneira a aprimorar a atenção em saúde, capacitando profissionais conforme possíveis demandas identificadas.

Como trata-se da análise prática de um princípio do SUS, o qual é um sistema presente em todo o território do Brasil, esse estudo poderá ser replicado em outras áreas do município de Curitiba ou até mesmo fora deste, a fim de diagnosticar e subsidiar ações de gestão e planejamento, visando o aprimoramento da atenção à saúde nos mais diversos territórios.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica das bases de dados científicas sobre o tema equidade em saúde quando relacionado à APS no Brasil, bem como identificar o conhecimento e compreender as impressões sobre o conceito de equidade em saúde e as políticas públicas envolvidas por parte dos profissionais de nível superior atuantes no DSCIC.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais os temas relacionados ao assunto equidade em saúde na literatura científica brasileira quando está relacionado à APS;
- Verificar se o tema equidade em saúde foi abordado diretamente em algum momento ao longo da vida acadêmica e/ou carreira dos profissionais de saúde do DSCIC;
- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre o do tema equidade na rotina de atendimento dos profissionais;
- Identificar o conhecimento dos profissionais da APS referente às políticas públicas relacionadas à equidade em saúde;
- Conhecer a percepção dos profissionais sobre a aplicação do princípio da equidade em saúde na rotina de trabalho, bem como identificar se os profissionais participantes consideram necessário aumentar a visibilidade dos temas relacionados a esse princípio nas ações de educação permanente.

## 1.4 DEFINIÇÃO DE EQUIDADE

A Portaria nº 2.436/2017, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, define o princípio da Equidade como o ato de:

ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Brasil, 2017, n.p.)

A OPAS/OMS do Brasil (2018) lançou o guia para implementação das prioridades transversais, estabelecendo como prioridades transversais: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça, referindo em relação à equidade que:

todos e todas devem ter oportunidades para atingir seu pleno potencial de saúde e que ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Pode ser compreendida a partir de duas dimensões: no âmbito específico da saúde, referindo-se ao acesso aos serviços de saúde, à qualidade da atenção e aos resultados de saúde; no âmbito social, referindo-se às condições de vida, de trabalho, de lazer, entre outros fatores que compõem os determinantes sociais da saúde (OPAS, 2018, p.21).

Ainda citando a atual Constituição Federal Brasileira (Brasil,1990), vigente desde 1988, ressalta-se que o referido documento tem como base cinco princípios fundamentais, sendo um deles o conceito da dignidade da pessoa humana, que trata dos direitos vitais do indivíduo em sociedade. Ao analisarmos a composição do Sistema Único de Saúde, pode-se destacar os princípios doutrinários que basearam a criação desse Sistema no contexto da CFB de 1988, sendo a equidade um dos mais importantes princípios, o qual está intimamente ligado aos conceitos de igualdade e justiça.

O Ministério da Saúde (MS) lançou políticas de promoção da equidade em saúde que abrange: saúde integral da população negra, população em situação de rua, populações do campo, da floresta e das águas (PCFAs), povos e comunidades tradicionais (PCTs), saúde do povo cigano, atenção à saúde da população LGBTQIAPN<sup>1</sup>, pessoas com albinismo e atendimento aos adolescentes em conflito

---

<sup>1</sup> Embora documentos oficiais e muitos trabalhos utilizem a sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bi, Trans), no presente estudo utilizaremos a sigla LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando,

com a lei, com base em leis e diretrizes específicas (Brasil, 2023), as quais serão apresentadas a seguir:

- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) objetiva combater as desigualdades no SUS e promover a saúde da população negra de forma integral, tendo em vista os determinantes sociais da saúde.
- População em situação de rua - A população em situação de rua está inserida no grupo das populações vulneráveis e as políticas públicas de saúde devem atender às necessidades de saúde desse grupo de indivíduos que estão inseridos na pobreza extrema, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e que utilizam logradouros públicos e áreas degradadas como área de sustento e moradia. Nesse contexto, ressalta-se as normativas sobre as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR).
- Saúde do povo cigano/romani - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani foi instituída, a partir da publicação da Portaria nº 4.384/2018 com o objetivo de defender a ampliação do acesso aos serviços de saúde do SUS por parte desse grupo, que se diferencia em dialetos, religiões, profissões, modos de vida, costumes e tradições familiares.
- Atenção à saúde da população LGBT - A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, foi instituída pela Portaria nº 2.836/2011 com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, para garantir o atendimento não discriminatório do grupo nos serviços públicos de saúde.
- Pessoas com albinismo - A pessoa albina sofre com a invisibilidade social e o preconceito. Trata-se de uma condição rara, herdada geneticamente, que interfere na produção de melanina na pele, pelos e olhos, causando vulnerabilidade à exposição solar. Devido a isso, os indivíduos frequentemente desenvolvem problemas de baixa visão e lesões na pele, condições que podem evoluir, provocando alto índice de mortalidade.
- População do campo, da floresta e das águas e povos e comunidades tradicionais - A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo

---

Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias) atualizada e que tem maior representatividade e como afirma Moreira (2022, p.05) “marca um posicionamento de luta, resistência e orgulho”. O termo, pelo DeCS, seria “Minorias Sexuais e de Gênero” não sendo, na visão da presente autora, o mais representativo.

de da Florestas (PNSIPCF), foi instituída pela Portaria nº 2.866/2011 a partir da necessidade de reconhecer as especificidades de saúde de Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PCFAs), e dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs), os quais têm modos de vida culturalmente diferenciados, com produção e reprodução social relacionadas à vivência com a terra, compreendidos entre camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais, comunidades tradicionais, ribeirinhas e quilombolas.

- Atendimento aos adolescentes em conflito com a lei - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), foi instituída pelas Portarias de Consolidação nº 02 e nº 06, ambas de 28 de setembro de 2017, com objetivo de 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.

A proposta de financiamento da APS no Brasil aponta para o fortalecimento dos atributos desse nível de atenção e materializa os princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde com repasses financeiros federais mais significativos para municípios e equipes que trabalham de forma mais eficiente pela saúde das pessoas, visando a prestação de serviços públicos adequada e que atenda às necessidades da população. O princípio da equidade traz como concepção a necessidade de garantir a igualdade de acesso aos cuidados de saúde para aqueles com necessidades de saúde iguais, priorizando o acesso para aqueles que apresentam necessidades de saúde mais significativas (Harzheim, 2020).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa - Canadá, apresentou a Carta de Ottawa, a qual estabeleceu as condições e recursos fundamentais para a saúde: a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Uma das diretrizes desse documento é a reorientação dos serviços de saúde, que recomenda:

que a promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as

peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. (Brasil, 2002, n.p.)

Ao considerar o conceito multidimensional da equidade em saúde podemos relacionar aos aspectos necessários para alcançar uma boa saúde e a possibilidade de alcançá-la, visando promover justiça nos processos, focando na ausência de discriminação da prestação de assistência sanitária, objetivando a integração entre a saúde e os temas mais amplos da justiça social (Silva; Almeida Filho, 2009).

Com base no relatório de 2021 das Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina (NASEM) sobre *a implementação de cuidados primários de alta qualidade*, um grupo de médicos reuniu-se para discutir o relatório e suas implicações no futuro dos cuidados primários, sendo constatado que a equidade é o único caminho a seguir, sendo a prioridade final para as tomadas de decisões e recomendações políticas, principalmente em relação à qualidade dos cuidados primários nos EUA (Henry, 2022).

A Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América (EUA), declarou sobre os fundamentos dos sistemas de saúde que “há fortes evidências de que o comportamento e o ambiente são responsáveis por mais de 70% da mortalidade evitável” e “Os cuidados de saúde são apenas um dos determinantes” (White, 2015).

Os sistemas de saúde latino-americanos têm o desafio de retomar o valor da equidade, devendo adotar medidas em instâncias governamentais distintas, com o objetivo de avançar para a cobertura universal buscando proteção social e saudável. No entanto, é revelado que atualmente existem reformas no processo de implementação de sistemas de saúde baseados na APS na prefeitura dos países (Giraldo, 2013).

Com base no exposto, observa-se a crescente necessidade de um olhar intersetorial que transcenda os cuidados de saúde e a importância da orientação/capacitação/sensibilização dos profissionais sobre os serviços e instituições que estão presentes no território em que atuam, bem como as extensões destes serviços disponíveis no que se refere ao suporte às pessoas com algum tipo de vulnerabilidade, promovendo apoio a grupos específicos, pois a compreensão dos determinantes sociais da saúde são essenciais para promover o cuidado de saúde necessário em cada território.

Nos currículos das profissões da área da saúde quando o conteúdo relacionado a equidade é apresentado, muitas vezes é limitado a descrever os resultados da opressão estrutural, sem estimular a ação ou objetivar o desenvolvimento de competências para intervir (Onuoha; Tsai; Khazanchi, 2024).

Na literatura existem os termos equidade horizontal, que se refere ao tratamento igual de iguais e equidade vertical, que corresponderia ao tratamento desigual de desiguais (Silva; Almeida Filho, 2009).

Em se tratando de suporte às vulnerabilidades em territórios, pode-se citar a importância do Sistema Único de Assistência Social – (SUAS), o qual definiu equipamentos para apoiar as famílias expostas às vulnerabilidades sociais. Segundo a lei nº 12.435/2011, a qual regulamenta o SUAS, “a vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território” (Brasil, 2011a). Ainda nessa lei, cita-se o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) como os equipamentos de proteção social básica e especial, respectivamente, dos territórios.

Dessa forma, o CRAS é responsável pela proteção social básica e é definido como “a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência”, e o CREAS é responsável pela proteção social especial, sendo considerado “a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência” (Brasil, 2011a).

Em relação à proteção de mulheres em situação de violência, ressalta-se também a Casa da Mulher Brasileira (CMB), a qual foi inaugurada em 2016 no município de Curitiba e foi regulamentada pelo Decreto 8.086/2013, sendo definida como “um espaço público onde se concentram os principais serviços especializados e multidisciplinares da rede de atendimento às mulheres em situação de violência” (Brasil, 2013).

Quanto ao cuidado de saúde específico para pessoas em situação de rua, pode-se citar a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que regulamentou as equipes do Consultório na rua (eCR), as quais tem caráter multiprofissional e tem como objetivo lidar com as demandas e necessidades da população de rua. Estas

equipes integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica” (Brasil, 2011b).

Quando se considera a violação de direitos, ressalta-se a importância do acompanhamento de casos de violência no território. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, “a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde” (Brasil, 2016). A violência é um agravo não transmissível de notificação obrigatória e os profissionais de saúde que suspeitam de alguma situação devem preencher a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada para constar em banco de dados epidemiológicos e para a continuidade do cuidado.

Ainda no campo da violação de direitos, cita-se a atuação do poder judiciário e ministério público, os quais requisitam avaliação e acompanhamento de situações em que existem denúncias ou suspeitas de violação de direitos da pessoa (crianças/adolescentes, idosos, pessoas com deficiência etc.) para as unidades básicas de saúde, especialmente no que tange ao acompanhamento e cuidado em saúde desses usuários residentes no território. Segundo o artigo 1º da lei complementar nº 40 de 14 de dezembro de 1981 (Brasil, 1981), o Ministério Público é “a instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, é responsável, perante o Judiciário, pela defesa da ordem jurídica e dos interesses indisponíveis da sociedade”. Portanto, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde conhecerem as situações encaminhadas pelos órgãos judiciais envolvendo residentes da área de abrangência em que atuam, visando promover um cuidado em saúde adequado às situações complexas que envolvem violações de direitos e violências diversas.

## 1.5 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE X ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Até meados do século XIX havia a teoria miasmática, mas nas últimas décadas daquele século surgiu o trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur trazendo uma nova concepção, na qual o processo saúde-doença deveria ser analisado em laboratório, com práticas de saúde centradas em doenças específicas, prevalecendo a noção de saúde “estritamente biologicista, estreitando o foco da saúde pública, esvaziando-a de seu conteúdo sociopolítico”, sendo que a discussão sobre os DSS

apenas ganhou notoriedade com a Conferência de Alma-Ata, em 1978 (Souza; Silva; Silva, 2013).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – (CNDSS), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Os determinantes sociais da saúde podem aumentar o risco do desenvolvimento de doenças, incapacidades e envelhecimento prematuro entre indivíduos e populações desfavorecidas socioeconomicamente e grupos raciais e étnicos os quais enfrentam preconceito e discriminação (Bierman; Mistry, 2023).

O relatório final da CNDSS (2008), expõe as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Para isso, foi analisada a situação de saúde do país a partir dos dados e informações disponíveis sobre as relações entre os DSS e a situação de saúde dos mais variados grupos populacionais, com prioridade para a problemática das iniquidades em saúde em áreas urbanas. A análise citada compreende os seguintes itens: situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país; a estratificação socioeconômica e a saúde; condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde; saúde materno-infantil e saúde indígena.

O artigo de Hart (1979) refere que disponibilidade de atendimentos de saúde tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida, trazendo a noção de “lei dos cuidados inverso”.

Crochemore-Silva *et al.* (2020) referem que geralmente quem mais necessita de um serviço de saúde, medicamento ou até mesmo da adoção de um comportamento de saúde, é quem menos tem acesso, seja por questões, sociodemográficas, culturais, econômicas, etc.

Dahlgren e Whitehead (1991), propuseram um modelo (Figura 1) no qual os determinantes sociais da saúde (DSS) estão organizadas em diferentes camadas, desde uma mais próxima, incluída nos determinantes individuais, até uma mais distante, onde estão os macrodeterminantes.

FIGURA 1 - MODELO DE DALGHREN E WHITEHEAD PARA DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE



Fonte: Dahlgren and Whitehead

O estudo de Davy *et al.* (2016) analisou o acesso e acessibilidade de indígenas a serviços de saúde, constatando que questões relacionadas aos determinantes sociais e culturais da saúde limitavam o acesso à saúde dos pacientes indígenas, suas famílias e comunidades. Nesse contexto, a pobreza foi um determinante social significativo pois alguns povos indígenas apresentavam dificuldade em pagar o transporte ou os custos de obtenção de serviços, bem como a falta de infraestruturas de comunicação nas comunidades, como telefones, impedia o acesso a orientação e aconselhamento sobre cuidados de saúde (Davy *et al.*, 2016).

Dessa maneira pretendeu-se nesse estudo responder às seguintes perguntas:

1. Quais os temas relacionados ao conceito de equidade em saúde na atenção primária à saúde na literatura científica brasileira?
2. Será que o tema equidade em saúde foi abordado diretamente em algum momento ao longo da vida acadêmica e/ou carreira dos profissionais?
3. Qual a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre equidade na sua rotina trabalho e qual o conhecimento destes quanto às políticas públicas relacionadas a esse princípio?
4. Qual a importância dada ao tema pelos profissionais?

De maneira a responder à 1ª pergunta e dar maior suporte à revisão narrativa descrita, optou-se pela realização de uma revisão integrativa (capítulo II). Para

responder às perguntas elencadas foi elaborado um questionário com base nas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), juntamente com noções advindas da experiência e atuação na SMS Curitiba, na qual a rotina de trabalho trouxe diversas demandas relacionadas à questões sociais. Desta forma, objetivou-se desenvolver um instrumento para identificar de forma direta e simples qual o conhecimento sobre alguns equipamentos sociais e serviços, sistema de garantia de direitos e a importância atribuída ao tema por parte dos profissionais participantes.

Foi escolhido o território do Distrito Sanitário CIC em Curitiba/PR, o qual é um dos 10 Distritos Sanitários do referido município e conta com uma população estimada em 206.342 habitantes para o ano de 2020 (IPPUC, 2021). No levantamento do CENSO demográfico de 2010 (IBGE, 2012), o referido território possuía 13,57% dos domicílios particulares do município de Curitiba caracterizados como vulneráveis à pobreza, com rendimento per capita igual ou inferior a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, sendo uma das regionais que mais tem ocupações irregulares, totalizando 58. As características específicas serão apresentadas na caracterização do território do Distrito sanitário CIC (capítulo III).

## 1.6 METODOLOGIA

Com o objetivo de conhecer os assuntos relacionados ao tema equidade em saúde na literatura científica brasileira e compreender como o princípio da equidade é tratado na rotina de trabalho dos profissionais participantes, decidiu-se realizar o presente estudo através de 2 eixos que consistiram nos capítulos II e III da dissertação:

QUADRO 1 - ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA DA DISSERTAÇÃO CONFORME OBJETIVOS PRINCIPAIS

Eixos	Objetivo	Metodologia
CAPÍTULO II- EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	Revisar as bases de dados científicas sobre o tema equidade em saúde quando relacionado à APS no Brasil	Revisão integrativa
CAPÍTULO III- EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA: A ROTINA PROFISSIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO CIC	Identificar o conhecimento e compreender as impressões sobre o conceito de equidade em saúde e as políticas públicas envolvidas por parte dos profissionais de nível superior atuantes no DSCIC	Estudo transversal descritivo qualitativo com questionário on-line, e análise por medidas de frequência (%) e pela técnica da análise de conteúdo de Bardin (2011)

Fonte: a autora (2023)

A presente dissertação será no formato/modelo escandinavo, com a apresentação do artigo publicado na revista *Diversa* (capítulo II) e as demais partes da proposta no modelo de dissertação (Capítulos I, III e IV), com a conclusão relacionando ambos os capítulos.

Para delinear o início da trajetória metodológica desta dissertação, optou-se em realizar uma revisão integrativa com a seguinte problemática: “Quais os temas relacionados ao conceito de equidade em saúde na atenção primária à saúde na literatura científica brasileira?”

Para a referida revisão, no dia 28 de fevereiro de 2023 foi realizada uma busca avançada no portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: “Equidade em Saúde” OR “*Health Equity*” OR “*Equidad en Salud*” OR Equidade OR *Equity* OR *Equidad* OR “Equidade Social e em Saúde” OR “Equidade na Assistência à Saúde” OR “Equidade na Saúde” AND “Atenção Primária à Saúde” OR “*Primary Health Care*” OR “*Atención Primaria de Salud*” OR “Atenção Básica” OR “Atendimento Básico”. A partir dos resultados gerados, foi utilizado um fluxograma com base no PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (Sarkis-Onofre *et al.*, 2021; Galvão; Pansani; Harrad, 2015), elaborado com critérios de exclusão e inclusão estabelecidos, os quais estão descritos no artigo (Capítulo I) intitulado EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA, o qual é apresentado na íntegra nesta dissertação,

garantido-se os direitos autorais da Revista Divers@ (*Creative Common Atribuição 4.0*).

O capítulo II é um estudo seccional de caráter exploratório e descritivo realizado a partir de um questionário elaborado no aplicativo *Google Forms* composto por 15 perguntas, sendo 14 fechadas e 01 aberta. As perguntas do referido questionário referiram-se ao conhecimento dos profissionais sobre às políticas públicas e percepções dos profissionais sobre elas. Para as correlações foram analisadas as perguntas de caracterização da amostra, como tempo de serviço e graduação, idade e características de pós-graduação em relação às perguntas específicas sobre equidade.

Este questionário foi direcionado aos profissionais da saúde das carreiras de nível superior que atuam na APS de um Distrito Sanitário do município de Curitiba (DSCIC), podendo ser médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, orientadores em esporte e lazer e fonoaudiólogos, totalizando cerca de 200 profissionais, excetuando-se estagiários e residentes e profissionais com menos de 1 ano de atuação na SMS. Foram expostos cartazes com QR Code nas unidades de saúde do DSCIC (Apêndice 3), com informações sobre a pesquisa e, para participar, os profissionais apontaram a câmera do telefone celular e escanearam o QR Code, o qual os direcionou ao formulário de questionário on-line. Os profissionais puderam compartilhar com outro, numa estratégia *snowball*. Para uma tomada de decisão informada, antes de responder as perguntas, os profissionais tiveram que ler e aceitar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para anuência (Apêndice 2).

Para verificar a clareza do conteúdo do instrumento, foi realizado um estudo piloto, no qual o questionário foi aplicado em 2 profissionais antes da disponibilização dos cartazes nas unidades de saúde.

Os dados das perguntas fechadas foram analisados por medidas de frequência (%) das respostas do questionário, e os dados da pergunta aberta pela técnica da análise de conteúdo de Bardin (2011).

A partir dos resultados observados no capítulo II, objetivou-se relacionar os temas tratados na literatura científica brasileira da área da saúde com as respostas dadas pelos profissionais participantes.

O capítulo III - equidade em saúde na prática: a rotina profissional do distrito sanitário CIC foi realizado após aprovação dos comitês de ética e pesquisa (CEP).

## **CAPÍTULO II - EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

A revisão integrativa mencionada foi publicada na revista *Diversa* (v.16, n.2, 2023), a qual é uma publicação científica do Universidade Federal do Paraná – UFPR. A referida revista tem qualis B1 e atende ao critério do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR.

Para a presente dissertação optou-se por apresentar o artigo na íntegra, com a formatação da revista *Diversa*, mantendo-se a paginação da dissertação. O Conteúdo desta revista *Diversa* é publicado sob a licença *Creative Common Atribuição 4.0*, permitindo que seja divulgado na íntegra nessa dissertação garantindo-se os direitos autorais dos autores e da revista.

## EQUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### *HEALTH EQUITY IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW*

Juliane Fatima Turesso<sup>1</sup> Tainá Ribas Mélo<sup>2</sup>

#### Resumo

A equidade constitui um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi relacionada à igualdade dos cidadãos diante do acesso às ações e serviços de saúde. O Brasil apresenta uma complexa diversidade em sua população, bem como áreas de alta vulnerabilidade social. O presente artigo tem como objetivo organizar uma revisão integrativa sobre os temas relacionados ao conceito de equidade em saúde na atenção primária à saúde na literatura científica brasileira. Foi realizada uma busca no Portal Regional da base de dados da BVS, sendo incluídos 17 estudos após a aplicação dos critérios de exclusão/inclusão. A abordagem metodológica entre os estudos é variável, sendo principalmente qualitativos (n=4, 24%). Após a leitura dos artigos foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin para classificá-los em 4 grupos: vulnerabilidade social (n=3, 18%), populações específicas (n=4, 24%), sistemas de informação e tecnologias em saúde (n=4, 24%) e princípio relacionado ao SUS/ESF/redes de atenção (n=6, 35%). Nessa revisão percebe-se que o tema equidade em saúde ainda é pouco referenciado como tema central nas bases de dados científicas, principalmente no que tange à atenção primária à saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** diversidade; inclusão; Sistema Único de Saúde.

#### *Equidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil*

**Artigo Original:** Recebido em 27/08/2023 – Aprovado em 13/11/2023 – Publicado em: 22/12/2023

<sup>1</sup> Graduada em Odontologia, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba/PR, Brasil. e-mail: [julianeft@yahoo.com.br](mailto:julianeft@yahoo.com.br) ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0881-0547> (autor correspondente)

<sup>2</sup> Graduada em Fisioterapia, Doutora em Atividade Física e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Educação Física da UFPR, Docente do PPGSC/UFPR, Professora do Curso de Graduação em Saúde Coletiva/UFPR, Setor Litoral, Matinhos/PR, Brasil. e-mail: [ribasmelo@gmail.com](mailto:ribasmelo@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7630-8584>

### **Abstract**

*Equity constitutes one of the doctrinal principles of the Unified Health System (SUS) and was related to the equality of citizens in terms of access to health actions and services. Brazil has a complex diversity in its population, as well as areas of high social vulnerability. This article aims to organize an integrative review on topics related to the concept of equity in health in primary health care in the Brazilian scientific literature. A search was performed on the Regional Portal of the VHL database, and 17 studies were included after applying the exclusion/inclusion criteria. The methodological approach between the studies is variable, being mainly qualitative (n=4, 24%). After reading the articles, Bardin's content analysis technique was used to classify them into 4 groups: social vulnerability (n=3, 18%), specific populations (n=4, 24%), information systems and technologies in health (n=4, 24%) and principle related to SUS/ESF/care networks (n=6, 35%). In this review, it is clear that the issue of equity in health is still little referenced as a central topic in scientific databases, especially with regard to primary health care in Brazil.*

**Keywords:** *diversity; inclusion; Health Unic System.*

## **1 Introdução**

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 e ainda vigente definiu em seu artigo 196 que saúde é direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir dessa definição e foi regulamentado pela Lei 8.080/90, na qual estão estabelecidos os princípios e diretrizes de sua organização (Brasil, 1990).

O Brasil é um país conhecido pela composição diversificada de sua população, composta pelas mais variadas etnias e culturas, as quais formam um espaço geográfico com grande diversidade em todas as esferas e, dentre elas, destaca-se a esfera social.

A equidade constitui um dos princípios doutrinários do SUS e foi relacionada à igualdade dos cidadãos diante do acesso às ações e serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2020). O conceito de equidade visa um atendimento justo e é utilizado pela saúde pública brasileira com o objetivo de atender indivíduos diferentes de acordo com as suas necessidades (CARVALHO et al., 2014). Tais necessidades devem ser adequadas às características de cada indivíduo ou grupo populacional, levando em consideração suas particularidades sejam elas relacionadas a questões étnicas, identidade de gênero, orientação sexual, vulnerabilidade social, entre outras.

A noção da doença como um fenômeno centrado somente no âmbito biológico é defasada e basear a saúde pública nas competências comunitárias é importante para o saneamento, educação focada na higiene pessoal e organização dos serviços de saúde, objetivando a continuidade de atividades promotoras de saúde (COSTA et al., 2021).

Quando considera-se o termo equidade em saúde, não se pode deixar de mencionar os determinantes sociais de saúde (DSS) os quais expressam a relação entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população com sua situação de saúde, sendo que para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS referem-se à fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A atenção primária à saúde é sinônimo de substituto à atenção básica à saúde, por considerar o “primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema [SUS], constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde” (Brasil, 2017). Dessa forma, a APS é um ponto de atenção à saúde primordial e saber como os princípios do SUS são trabalhados nesse nível de atenção torna-se fundamental.

A noção de APS surgiu em 1920 no Reino Unido através do Relatório Dawson, documento que referiu sobre a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis, desde serviços domiciliares, centros de saúde primários, secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino, com a concepção de regionalização dos sistemas de atenção à saúde (PENN et al., 1920).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Dessa definição vieram os pilares da APS como educação em saúde, programa materno-infantil, imunização, planejamento familiar, tratamento das doenças e danos mais comuns, prevenção de endemias e promoção de alimentação saudável, apontando para a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2015).

Ainda que a equidade seja um princípio conhecido teoricamente, é preciso compreender a articulação desse conceito com temas centrais em saúde, em especial na APS. Essa articulação foi identificada como uma lacuna de conhecimento a ser melhor investigada e discutida.

A revisão integrativa, dentre as formas de revisão, apresenta abordagem metodológica mais ampla por permitir a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, dados teóricos e empíricos e possibilitar uma compreensão completa do fenômeno analisado

(WHITTEMORE; KNAFL, 2005), permitindo que conceitos complexos possam ser discutidos e revisitados, como é o caso do conceito de equidade no SUS.

Tendo em vista a importância do princípio da equidade na elaboração de protocolos, ações de promoção, prevenção e até intervenção em saúde, e a realidade brasileira, na qual existem áreas de alta vulnerabilidade social, bem como uma complexa diversidade em sua população, este artigo tem como objetivo organizar uma revisão integrativa sobre como o assunto é tratado nas bases de dados científicas, tendo como pergunta norteadora: “Quais os temas relacionados ao conceito de equidade em saúde na atenção primária à saúde na literatura científica brasileira?”

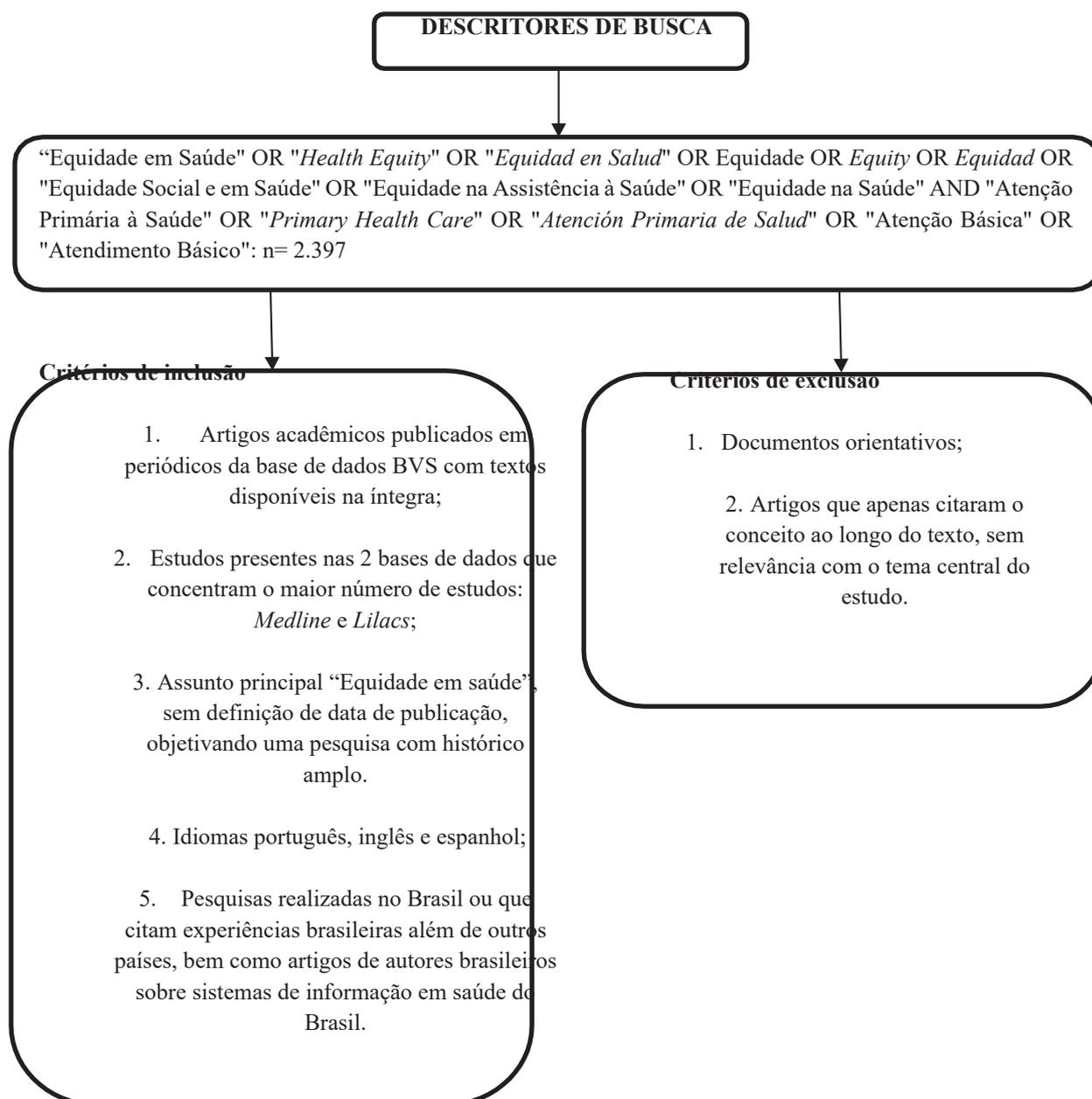
## 2 Metodologia

Inicialmente, foi realizada uma busca de descritores no Portal Regional da base de dados BVS, através da DeCS/MeSH, a partir dos termos equidade em saúde e atenção primária à saúde/atenção básica à saúde, organizando os seguintes descritores: “Equidade em Saúde” OR “*Health Equity*” OR “*Equidad en Salud*” OR Equidade OR *Equity* OR *Equidad* OR “Equidade Social e em Saúde” OR “Equidade na Assistência à Saúde” OR “Equidade na Saúde” AND “Atenção Primária à Saúde” OR “*Primary Health Care*” OR “*Atención Primaria de Salud*” OR “Atenção Básica” OR “Atendimento Básico”. Na sequência a revisão integrativa seguiu os padrões da declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA) (SARKIS-ONOFRE et al., 2021; GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

No dia 28 de fevereiro de 2023 foram inseridos os descritores citados na busca avançada do Portal Regional da base de Dados da BVS, incluindo a procura nos campos título, resumo e assunto, gerando um total de 2.397 resultados. Os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de triagem: artigos presentes nas 2 bases de dados que concentram o maior número de estudos, *Medline* e *Lilacs*, disponíveis na íntegra de forma gratuita, nos idiomas português, inglês e espanhol, com o assunto principal “equidade em saúde”, sem definição de data de publicação, objetivando uma pesquisa com histórico amplo. (Figura 1)

Dessa triagem foram gerados 121 artigos, sendo 86 na base de dados *Medline* e 35 na base de dados *Lilacs*, os quais foram exportados para software de referências específico, seguido da exclusão de artigos duplicados, permanecendo 120 artigos para a próxima etapa de seleção.

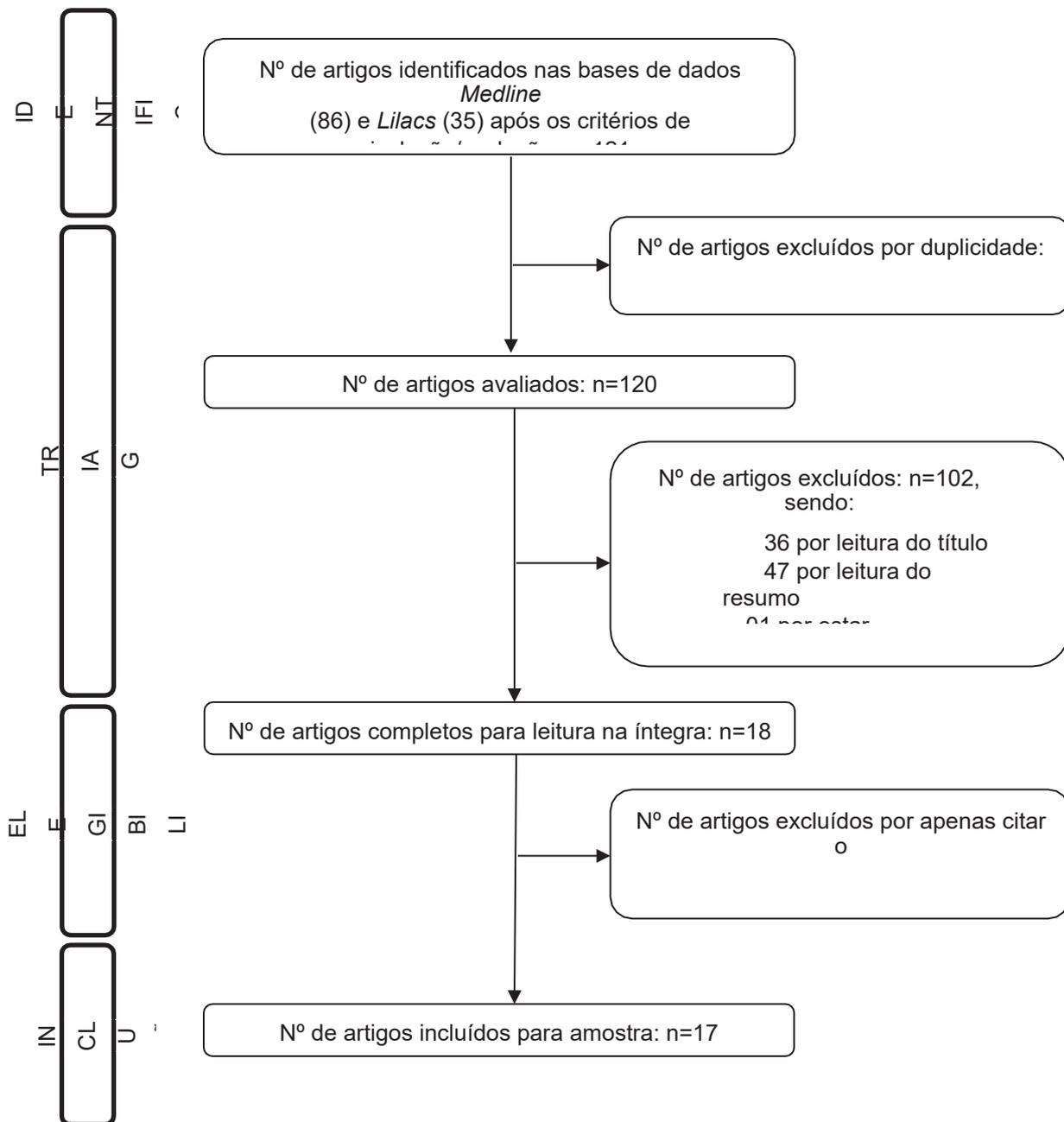
FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DOS CRITÉRIOS DE BUSCA E INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS ARTIGOS



FONTE: elaborado pelos autores (2023)

Foram analisados os 120 artigos e selecionados apenas aqueles com pesquisas realizadas no Brasil ou que citam experiências brasileiras além de outros países, bem como artigos de autores brasileiros sobre sistemas de informação em saúde do Brasil (Figura 2).

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS



FONTE: elaborado pelas autoras com base no fluxograma PRISMA (2023)

Foram excluídos documentos orientativos e artigos que apenas citaram o conceito ao longo do texto. Dessa forma, a partir dos 120 artigos foi realizada uma triagem pela leitura do título, sendo excluídos 36 estudos nessa fase. Posteriormente foi feita a leitura dos resumos, excluindo 47 artigos nessa etapa. Também foi desconsiderado 1 estudo que estava indisponível

na internet, permanecendo 18 artigos. Após a leitura na íntegra dos 18 artigos, 01 foi excluído por apenas citar o termo equidade ao longo do texto, sem relevância com o tema central da pesquisa. Frente ao exposto, permaneceram 17 estudos para análise dos temas relacionados ao conceito de equidade na APS na literatura brasileira.

Após essa organização, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin (2011), utilizando as três fases orientadas pela autora: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise os artigos foram organizados de acordo com a sistematização das ideias iniciais, ou seja, os estudos foram lidos na íntegra e, em seguida, houve a exploração do material, que consiste na definição de categorias após a exploração dos estudos. Nessa fase, as categorias são definidas e as unidades de registro são identificadas (BARDIN, 2011).

Na terceira fase houve o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Segundo Bardin (2011) nessa fase as informações são destacadas e condensadas para análise e interpretação, sendo um momento da intuição e análise crítica.

### **3 Resultados e discussão**

Após a aplicação dos critérios de inclusão citados, foram selecionados 17 artigos, os quais foram organizados no Quadro 1 por ordem alfabética, citando a metodologia utilizada em cada estudo conforme o que fora mencionado pelos autores, revista e ano de publicação, em qual seção do artigo o termo “equidade” fora mencionado e as principais categorias relacionadas à cada publicação.

Dos 17 artigos selecionados, 7 (41%) citam o termo equidade no título e os demais citam o referido conceito nas palavras-chave, resumo e/ou assunto. A maioria dos estudos incluídos (n=15, 88%) foram publicados em revistas nacionais. Observa-se que de maneira geral, para os artigos incluídos, a abordagem metodológica entre os estudos é variável, sendo principalmente qualitativos (n=4, 24%), de revisão de literatura (n=3, 17%), relatos de experiência (n=3, 17%) e transversais (n=3, 17%). Dessa maneira a análise dos dados deve considerar formas de análises qualitativas do conteúdo, ratificando a utilização da técnica de Bardin (2011).

QUADRO 1 – ARTIGOS SELECIONADOS PARA REVISÃO

Continua

Estudo	Metodologia	Revista	Ano	Termo “equidade”	Tema (grupo)
ALBUQUERQUE et al.	Estudo de caso com triangulação de técnicas	Revista brasileira de saúde materno infantil	2011	Título, palavras-chave e resumo	Populações específicas
ANDRADE et al.	Estudo transversal	International journal for equity in health	2017	Título e palavras-chave	Vulnerabilidade Social
BITTAR et al.	Revisão de literatura	Revista da faculdade de odontologia - UPF	2009	Palavras-chave	Sistemas de informação e tecnologias em saúde
BRAGA ; FERREIRA ; BRAGA	Estudo de abordagem quantitativa	Revista espaço para saúde	2016	Palavras-chave e resumo	Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção
CARVALHO et al., 2014a	Relato de experiência	Revista saúde e sociedade	2014	Título, palavras-chave e resumo	Populações específicas
COSTA et al.	Estudo transversal	Revista brasileira de saúde materno infantil	2014	Palavras-chave e resumo	Vulnerabilidade social
COSTA et al.	Relato de experiência	Revista APS	2021	Palavras-chave e resumo	Vulnerabilidade social
GALLEGO-PÉREZ et al.	Revisão de literatura	Revista panamericana de salud pública	2021	Título, palavras-chave e resumo	Sistemas de informação e tecnologias em saúde
GUIMARÃES, et al.	Estudo qualitativo	Revista Tempus	2017	Palavras-chave e resumo	Populações específicas
LUHM; CARDOSO; WALDMAN	Estudo descritivo	Revista de saúde pública	2011	Palavras-chave	Sistemas de informação e tecnologias em saúde
MACINKO; MENDONÇA	Revisão de literatura	Revista saúde em debate	2018	Resumo	Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção
MARQUES JUNIOR; MACIEL FILHO, AUGUST	Relato de experiência	Cadernos de saúde pública	2008	Palavras-chave	Sistemas de informação e tecnologias em saúde

NASCIMENTO et al.	Estudo qualitativo	Revista Physis	2020	Título, palavras-chave e resumo	Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção
PESSALACIA; ZOBOLI; RIBEIRO	Reflexão teórica	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	2016	Título, palavras-chave e resumo	Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção

Termina

Estudo	Metodologia	Revista	Ano	Termo “equidade”	Tema (grupo)
ROMANO	Estudo qualitativo	Revista brasileira de medicina de família e comunidade	2007	Palavras-chave	Populações específicas
SANTOS et al.	Estudo transversal	Cadernos de saúde pública	2017	Resumo	Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção
SORATTO et al.	Estudo qualitativo	Revista brasileira de medicina de família e comunidade	2015	Título, palavras-chave e resumo	Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção

FONTE: elaborada pelas autoras (2023).

Ainda de acordo com a técnica de Bardin (2011), após a leitura na íntegra dos artigos selecionados os assuntos foram analisados e elencados em 4 grupos: vulnerabilidade social, populações específicas, sistemas de informação e tecnologias em saúde e princípio relacionado ao SUS/ESF/redes de atenção.

### 3.1 Vulnerabilidade social

Dos 17 artigos selecionados, 3 (18%) (ANDRADE et al., 2017; COSTA et al., 2021; COSTA et al., 2014) referem-se a estudos relacionados à promoção de saúde em situações de vulnerabilidade social.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) a equidade é um dos princípios do SUS e das Redes de Atenção à Saúde – RAS, sendo caracterizado pela oferta do cuidado em saúde, levando em consideração as diferenças nas condições de vida e saúde, devendo atender a diversidade e as especificidades sociais (Brasil, 2017).

O estudo de Andrade et al. (2017) retrata a importância da realização do pré-natal pela Estratégia Saúde da Família e constatou que as mulheres que fizeram o pré-natal pela ESF tiveram 40% menos chances de ter um filho com baixo peso ao nascer, sendo que aquelas das classes DE tiveram pelo menos 5 vezes mais chance de realizar algum tipo de exame de pré-natal pela Estratégia Saúde da Família (ESF) quando comparado as mulheres das classes AB. É o princípio de equidade sendo aplicado na prática e com indicadores positivos sobre a saúde

de gestantes em situação de maior vulnerabilidade e por consequência de maior risco para si e para o bebê.

Na mesma direção Costa et al. (2014) referem a importância do correto preenchimento da caderneta de saúde da criança, o qual é um importante instrumento para o acompanhamento da criança, visando as ações de vigilância e de promoção da saúde infantil, tanto para os pais como para as equipes de saúde, permitindo a detecção precoce de problemas de saúde e promovendo equidade. Isso porque na prática facilita na identificação de situações e/ou fatores de risco de maneira a favorecer estratégias de ação de forma precoce.

Ainda no sentido da equidade relacionada ao tema de vulnerabilidade social, métodos como a estratificação de risco no processo de trabalho na ESF, no qual considera-se a avaliação socioeconômica das famílias, ressalta como os determinantes sociais são fundamentais na compreensão do processo saúde-doença (COSTA et al., 2021).

Assim para essa categoria percebe-se que a equidade é um tema que foi relacionado com o cuidado em saúde de pessoas e/ou grupos que se encontram em vulnerabilidade social (gestante, criança, pobreza/risco), com a inserção de práticas que busquem a integralidade da atenção tendo em vista os determinantes sociais de saúde. Ainda assim, embora seja um princípio do SUS, que na prática pode ou não estar sendo atendido, em termos de literatura disponível, não são todas as vulnerabilidades que estão representadas nas pesquisas incluídas, mostrando ainda lacunas que precisam ser melhor investigadas.

O Ministério da Saúde elaborou políticas de saúde para grupos específicos, os quais serão citados na próxima categoria, e para populações vulneráveis. Entre as políticas para populações em situação de vulnerabilidade temos a Política Nacional para a população em situação de rua e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Brasil, 2023). Além das políticas citadas, muitas práticas são introduzidas na atenção primária à saúde com o objetivo de promover equidade, como a estratificação de risco na ESF (COSTA et al., 2021).

### *3.2 Populações específicas*

Em relação à categoria populações específicas, 4 (24%) (CARVALHO et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2017; ROMANO, 2007) dos 17 artigos verificados nessa revisão apresentaram correlação do conceito equidade com esse tema.

O Ministério da Saúde desenvolveu políticas para grupos específicos visando a aplicação do princípio da equidade em saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo de Florestas (PNSIPCF), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, Política Nacional de Saúde Integral LGBT e atenção à saúde das pessoas com albinismo (Brasil, 2023).

Carvalho et al. (2014) referem em seu estudo que a doença falciforme possui um agravante social, ressaltando que pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis tem maior morbimortalidade. Dessa forma, os autores enfatizam a importância de o Estado prover uma atenção específica e eficiente, visando atender com justiça esses usuários.

O artigo de Romano (2007) faz um estudo sobre o diálogo entre estudantes de medicina e travestis e enfatiza que “são as pessoas que, responsáveis por mudanças pretendidas, determinam, por meio de atitudes e ações, a intencionalidade de suas concepções e crenças diante das pessoas” (ROMANO, 2007, p.102).

Guimarães et al. (2017) fizeram um estudo sobre a assistência à saúde da população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero) sob o olhar dos agentes comunitários de saúde e citaram que a “equidade busca corrigir as injustiças com populações historicamente vulneráveis, por meio de políticas e ações específicas, buscando reduzir as desigualdades em saúde” (GUIMARÃES et al., 2017, p.123).

No estudo realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Recife, Albuquerque et al. (2011) citaram a inclusão de grupos sociais mais desassistidos na política de saúde local, mas ressaltaram a vulnerável articulação entre os níveis de atenção.

Com relação à categoria das populações específicas percebe-se que, embora a equidade considere garantia de saúde para todos, respeitando a diversidade, ainda assim, questões específicas relacionadas à populações vulneráveis e por vezes marginalizadas precisam ser tratadas dentro das suas especificidades, sejam elas das condições de saúde, socioeconômicas, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, assim como do próprio processo de educação permanente em saúde, que atualize os profissionais quanto suas competências para os temas relacionados à equidade.

### *3.3 Sistemas de informação e tecnologias em saúde*

Dos 17 artigos analisados nessa revisão, 4 (24%) (GALLEGO-PÉREZ et al., 2021; LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; MARQUES JUNIOR; MACIEL FILHO; AUGUST, 2008; BITTAR et al., 2009) referem-se a sistemas de informação e tecnologias em saúde.

Oliveira Bittar et al. (2009) mencionam a importância de ter dados sociodemográficos em sistemas informatizados na saúde, tais como desemprego, nutrição, déficit habitacional, entre outros, para promover equidade em saúde. Isso porque é preciso conhecer a realidade dessas informações para que as iniquidades sejam conhecidas e reconhecidas.

Gallego-Pérez et al. (2021) citam que o “reconhecimento dos medicamentos tradicionais, complementares e integrativos e sua integração nos sistemas de saúde pode ajudar a reduzir as iniquidades e ampliar as opções de intervenções voltadas para o bem-estar integral” (GALLEGO-PÉREZ et al., 2021, p.1). Nesse estudo é enfatizada a importância do acesso das pessoas à informação em saúde como forma de promover equidade.

A coleta de dados no nível da atenção primária apresenta dificuldades, pois dependem de vários sistemas de banco de dados fechados que dificilmente permitem a transferência de dados entre práticas semelhantes usando o mesmo software, ressaltando que há uma falta de comunicação eletrônica on-line entre diferentes prestadores de cuidados de saúde, sendo importante um sistema de dados integrado que seja capaz de detectar desigualdades (MARQUES JUNIOR; MACIEL FILHO; AUGUST, 2008).

Sistemas informatizados tem se mostrado úteis no monitoramento das condições de saúde da população e para estabelecer parâmetros de acesso a serviços, como os dados relacionados à cobertura vacinal, embora seja essencial estabelecer uma relação custo-efetividade para o uso pelo Programa Nacional de Imunizações (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Para essa categoria percebe-se que sistemas de informação e tecnologias podem ser promotores do princípio da equidade. Na contramão, a falta desses recursos pode criar barreiras ao acesso e favorecer que as iniquidades presentes no país sejam mantidas, ainda que o SUS seja gratuito e para todos.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), lançou o Painel de Monitoramento da Equidade em Saúde (Brasil, 2023), o qual trata-se de uma ferramenta que reúne dados de cadastro e atendimento na APS de populações específicas e em

situação de vulnerabilidade. A coleta desses dados é essencial para monitorar o acesso à saúde das populações citadas, qualificando informações com o objetivo de planejar e fortalecer políticas públicas visando a ampliação do cuidado em saúde.

### *3.4 Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção*

Dos 17 estudos analisados, 6 (35%) (BRAGA; FERREIRA; BRAGA, 2016; NASCIMENTO et al., 2020; SANTOS et al., 2017; MACINKO; MENDONÇA, 2018; PESSALACIA; ZOBOLI; RIBEIRO, 2016; SORATTO et al., 2015) apresentaram o tema equidade associado à ideia de princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção.

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e era relacionada à igualdade dos cidadãos no acesso às ações e serviços, mas o foco na igualdade dos cidadãos foi substituído pela ênfase na redução das desigualdades sociais e regionais do Brasil, sendo que são escassos os estudos populacionais que objetivam analisar características referentes às disparidades (NASCIMENTO et al., 2020).

A APS é a principal porta de entrada do SUS e quando se considera redes de atenção, tem-se que a identificação das demandas de saúde de acordo com as especificidades regionais confere o adequado acesso à atenção especializada considerando-se o conceito de equidade (SANTOS et al., 2017).

Soratto et al. (2015) exaltam os princípios da equidade e universalidade e sugerem que a ESF seja para além de um serviço de assistência à saúde, um local fomentador do direito à saúde. Como se trata da porta de entrada ao acesso do usuário, é nesse ponto que o princípio de equidade pode fazer a diferença no sentido de facilitar o acesso e o direito à assistência à saúde. Pessalacia et al. (2016) propõem um modelo de justiça baseado na preocupação com a equidade no uso dos recursos em saúde, considerando fatores políticos, jurídicos, econômicos, sociais e culturais que podem limitar ou facilitar o acesso a saúde.

Como forma de mensurar a equidade, o estudo de Macinko et al. (2018) cita o Índice de Equidade Horizontal (IEH) “que mede o quanto equitativo é o acesso aos serviços de saúde para determinar se utilização é uma função de necessidade (equitativo) ou de fatores socioeconômicos (inequitativo)” (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p.29).

Braga, Ferreira e Braga (2016) pesquisaram o padrão de distribuição e equidade nas estruturas relacionadas a Atenção Primária à Saúde no sudeste brasileiro e constaram que os parâmetros de equidade e adscrição no que se refere aos estabelecimentos da APS não são cumpridos adequadamente, apresentando heterogeneidade nos padrões de distribuição intraestadual e interestadual.

Nos artigos elencados nessa categoria, ficou evidente a importância do princípio da equidade como fator organizacional do SUS, principalmente no que tange aos determinantes sociais da saúde, embora ainda não seja suficientemente aplicado e adequado às necessidades de cada realidade local.

#### **4 Considerações finais**

Frente ao exposto nessa revisão integrativa, percebe-se que o tema equidade em saúde ainda é pouco referenciado como tema central nas bases de dados científicas, principalmente no que tange à atenção primária à saúde no Brasil. Diante da identificação dos artigos na base de dados e considerados os critérios de inclusão/exclusão, observou-se que os artigos que relacionaram o conceito de equidade com a atenção primária à saúde no Brasil apresentaram 4 categorias: vulnerabilidade social (18%, n=3), populações específicas (24%, n=4), sistemas de informação e tecnologias em saúde (24%, n=4) e princípio relacionado ao SUS/ESF/redes de atenção (35%, n=6).

Dentre os artigos incluídos observaram-se metodologias variadas, sendo principalmente qualitativos (n=4, 24%), de revisão de literatura (n=3, 17%), relatos de experiência (n=3, 17%) e transversais (n=3, 17%).

Devido à escassez de estudos sobre o tema, sugere-se maior incentivo às instituições de ensino quanto à inclusão do tema equidade nos currículos da educação básica e superior, visando maior contato com esse tema desde a primeira infância e reflexões acerca de sua importância em cursos de graduação da área da saúde, objetivando que cada vez mais pesquisadores optem pelo aprofundamento do assunto através de pesquisas e publicações na literatura científica. Nesse sentido, também o fortalecimento das ações de integração entre ensino-serviço-pesquisa na área da saúde.

Também se faz necessário maior divulgação bem como capacitações/treinamentos para

os profissionais atuantes na APS sobre os protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde do Brasil que tratam desse tema, tais como: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional para a população em situação de rua e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei.

Dessa forma, frente a importância do conceito da equidade na formulação de políticas de saúde em um país tão diverso e com áreas de vulnerabilidade complexas como o Brasil, percebe-se que é necessário dar maior visibilidade ao assunto nos estudos científicos, pois trata-se de um princípio doutrinário do SUS e deve permear todas as ações de promoção, prevenção e intervenção à saúde.

## Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; COSTA, A. M.; LIMA, L. P.; MELO FILHO, D. A. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**, p. 73–82, 2011.
- ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. DE S.; BARBOSA, A. C. Q.; SOUZA, M. N.; CALAZANS, J. A.; CARVALHO, L. R.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. Family health strategy and equity in prenatal care: A population based cross-sectional study in Minas Gerais, Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, 21. jan. 2017.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo: Edição revisada e ampliada (Edições 70). São Paulo, 2011.
- BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO UPF**, n. 1, p. 77–81, 2009.
- BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B. Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à atenção primária à saúde do sudeste brasileiro. **Espaço saúde (Online)**, p. 14–26, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Políticas de Promoção da equidade em Saúde**. 2023. Disponível em: <[https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/painel\\_equidade](https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/painel_equidade)>
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, v. 183, n. 1, p. 68-68, 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, S. C.; CARVALHO, L. C.; FERNANDES, J. G.; SANTOS, M. J. S. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: O caso da doença falciforme. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 711–718, 2014.

COSTA, J. S. D.; CESAR, J. A.; PATUSSI, M. P.; FONTOURA, L. P. Child healthcare: Completion of health records in municipalities in the semi-arid region of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 3, p. 219–227, 1. jul. 2014.

COSTA, S. T.; RODRIGUES, A. I. S.; SILVA, A. F.; PAUFERRO, B. C. S.; CRUZ, G. M.; SANTOS, A. S. F.; SALES, M. S. M. A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Rev APS**, p. 941–8, 2021.

GALLEGO-PÉREZ, D.F.; ABDALA, C. V. M.; AMADO D. M.; SOUSA, I. M. C.; ALDANA-MARTINEZ, N. S.; GHELMAN, R. Equity, intercultural approaches, and access to information on traditional, complementary, and integrative medicines in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 45, 2021.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. de S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GUIMARÃES, R. C. P.; CAVADINHA, E. T.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitário de Saúde? **Tempus (Brasília)**, p. 121–39, 2017.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E. A. Vaccination coverage among children under two years of age based on electronic immunization registry in Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 90–98, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, p. 18–37, 2018.

MARQUES JUNIOR, E. T. A.; MACIEL FILHO, R.; AUGUST, P. N. Overcoming health inequity: potential benefits of a patient-centered open-source public health infrastructure. **Cad saúde pública**, p. 547–57, 2008.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

NASCIMENTO, L. C.; VIEGAS, M. F.; MENEZES, C.; ROQUINI, G. R.; SANTOS, T. R. SUS in the lives of brazilians: Care, accessibility, and equity in the daily life of primary health care users. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1–17, 2020. Instituto de Medicina Social da UERJ.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

PENN, D. *et al.* **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; RIBEIRO, I. K. Equidade no acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: uma reflexão teórica. **Rev Enferm Cent-Oeste Min**, 2016.

ROMANO, V. F. Inclusão não-homofóbica: um diálogo entre estudantes de medicina e travestis. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, p. 99–105, 2007.

SANTOS, C. M.; BARBIERI, A. R.; GONÇALVES, C. C. M.; TSUHA, D. H. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cad Saude Publica**, 2017.

SARKIS-ONOFRE, R.; CATALÁ-LÓPEZ, F.; AROMATARIS, E; LOCKWOOD, C. S.

**How**

**to properly use the PRISMA Statement.** *Systematic Reviews*, 10 (1), 13–15. 2021.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; PIRES, D. E. P. de; SCHOELLER, S. D.; SIPRIANO, C. A. de S. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, p. 1–7, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

## **CAPÍTULO III- EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA: A ROTINA PROFISSIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO CIC**

Após a realização da revisão integrativa (eixo 1, capítulo II) partiu-se para uma pesquisa aplicada.

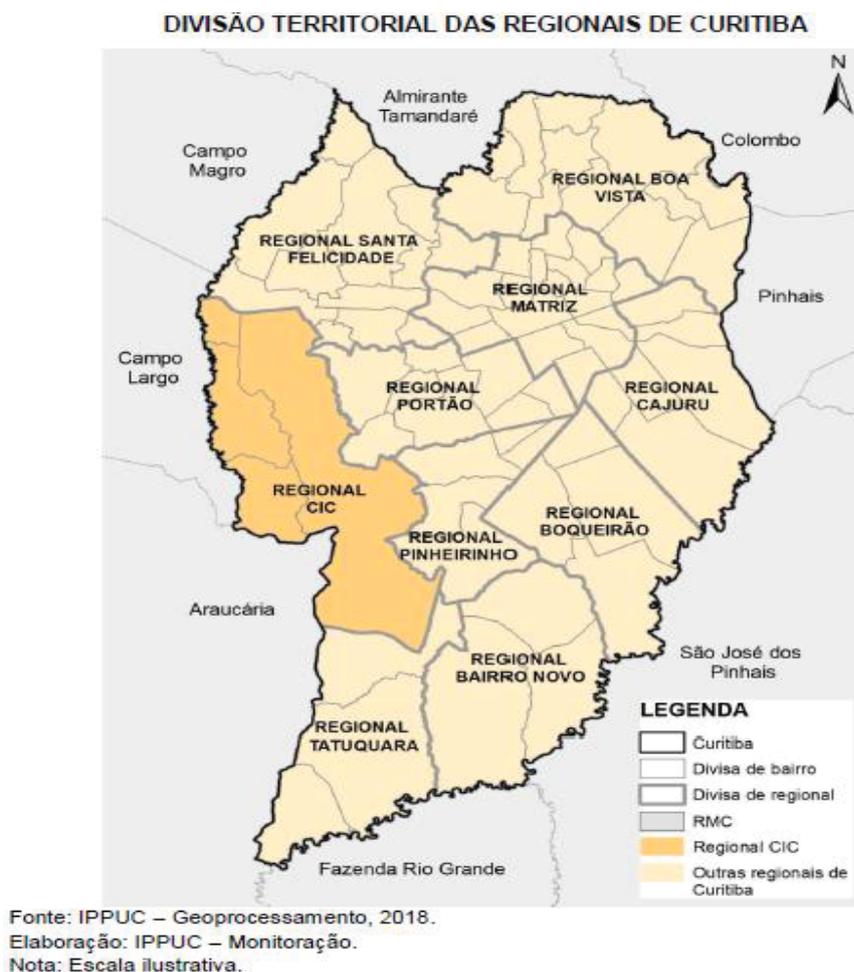
No capítulo III pretende-se responder sobre a equidade em saúde na prática, tendo o Distrito Sanitário CIC (Curitiba, Paraná, Região Sul do Brasil) como campo de estudo, local de prática profissional da pesquisadora (formação em odontologia há 16 anos e com atuação na gestão da atenção primária).

Dessa maneira inicialmente será feita uma breve caracterização do território, visando melhor compreender as especificidades do mesmo e das demandas específicas que caracterizam como um território de vulnerabilidade e possíveis iniquidades.

### **3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO: CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO DO DISTRITO SANITÁRIO DO CIC**

O município de Curitiba é composto por 10 regionais, as quais compreendem as áreas de abrangência de cada território em que a cidade está dividida administrativamente (Figura 2). A Cidade Industrial de Curitiba - CIC é uma das dez regionais do referido município, a qual destina-se à operacionalização, integração e controle das atividades descentralizadas (Curitiba, 2023b).

FIGURA 2 – MAPA DAS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

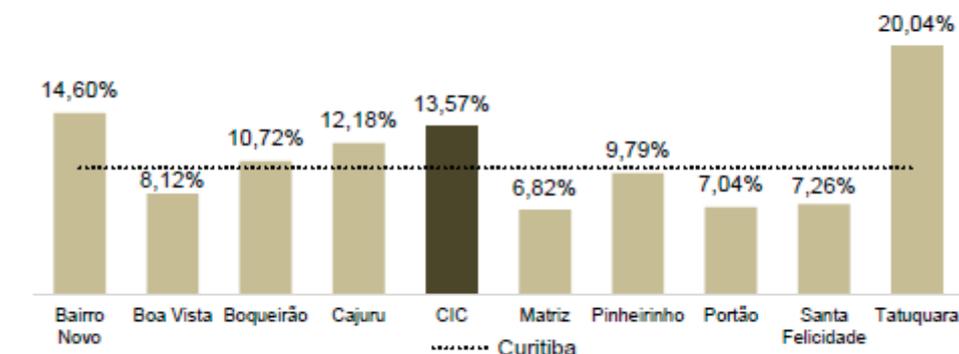


O território desta regional compreende a administração de 4 bairros (Augusta, Riviera, CIC e São Miguel) com uma população estimada em 206.342 habitantes para o ano de 2020 (IPPUC, 2021).

Segundo o CENSO demográfico de 2010 (IBGE, 2012), a população da regional CIC era de 184.482 habitantes, possuindo 13,57% dos domicílios particulares do município de Curitiba caracterizados como vulneráveis à pobreza, com rendimento per capita igual ou inferior a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo e, em comparação com o perfil da cidade, a população residente tinha uma representatividade maior da categoria racial preta, parda e indígena, estando as outras cores ou raças menos representadas. Ressalta-se que é uma das regionais que mais tem ocupações irregulares, sendo ao todo 58, com 13.906 domicílios e 52.540 habitantes, o que equivale a 30,64% da população total residente em sua área.

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE DOMICÍLIOS VULNERÁVEIS À POBREZA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

**DOMICÍLIOS PARTICULARES COM RENDIMENTO MÉDIO *PER CAPITA* DE ATÉ 1/2 SALÁRIO MÍNIMO POR REGIONAL – 2010**



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.  
Elaboração: IPPUC – Monitoração

Em relação à segurança, dados da Secretaria de Segurança Pública (SESP) demonstraram que em 2018 a regional CIC apresentou o maior número absoluto de homicídios dolosos, 60, e a segunda maior taxa para 100 mil habitantes (aproximadamente 30). Ainda em 2018, a regional CIC ficou classificada como a segunda maior taxa de tráfico de drogas por 100 mil habitantes (IPPUC, 2021).

Com 1.174 notificações de violência interpessoal/autoprovocada em 2018, sustentou o segundo maior número de notificações quando comparada às outras regionais. Em relação à gravidez na adolescência, constatou-se que em 2018 a proporção de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos foi 12%, sendo classificada como a segunda regional com maior índice de gravidez na adolescência (IPPUC, 2021).

No município de Curitiba há a Fundação de Ação Social (FAS), a qual é “responsável pela gestão das políticas públicas da Assistência Social e do Trabalho e Emprego no município de Curitiba, atuando de forma integrada a órgãos governamentais e instituições não governamentais” (Curitiba, 2023a).

A FAS da regional CIC conta atualmente com 5 CRAS, 2 unidades de atendimento do CRAS e 1 CREAS, além de outros equipamentos da rede socioassistencial, sendo responsável pela proteção social dos residentes em sua área de abrangência (Curitiba, 2023a).

Na regional citada há o Distrito Sanitário Cidade Industrial de Curitiba - DSCIC, o qual é “uma área geográfica que comporta uma população com características

epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la”. (Almeida; Castro; Vieira, 1998, p.21).

A Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário CIC é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde, sendo 12 com ESF e 5 sem ESF. O Decreto 638/2018 instituiu o IVAB – Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o qual teve como objetivo definir a distribuição dos recursos do SUS e nortear as ações de saúde as ações de saúde do município de Curitiba, baseando-se nos princípios da universalidade e equidade, buscando um olhar diferenciado em virtude das vulnerabilidades diversas dos territórios. Esse índice foi calculado pela média aritmética de 4 dimensões: adequação do domicílio, perfil e composição familiar, acesso ao trabalho e renda e condições de escolaridade. A partir do resultado dessa análise matemática, as unidades de saúde do município de Curitiba foram classificadas como baixo IVAB (baixa vulnerabilidade), médio IVAB (média vulnerabilidade) e alto IVAB (alta vulnerabilidade) (Curitiba, 2018).

De acordo com o Decreto 1039/2022, o qual é o mais recente sobre esse índice, o DSCIC possui 9 unidades de saúde classificadas como alto IVAB, 6 como médio IVAB e 2 como baixo IVAB (Curitiba, 2022).

Atualmente cerca de 200 profissionais das carreiras de nível superior atuam na APS do DSCIC. Tendo em vista a casuística exposta, ressalta-se a importância de identificar o conhecimento e considerações dos profissionais acerca do princípio da equidade em saúde.

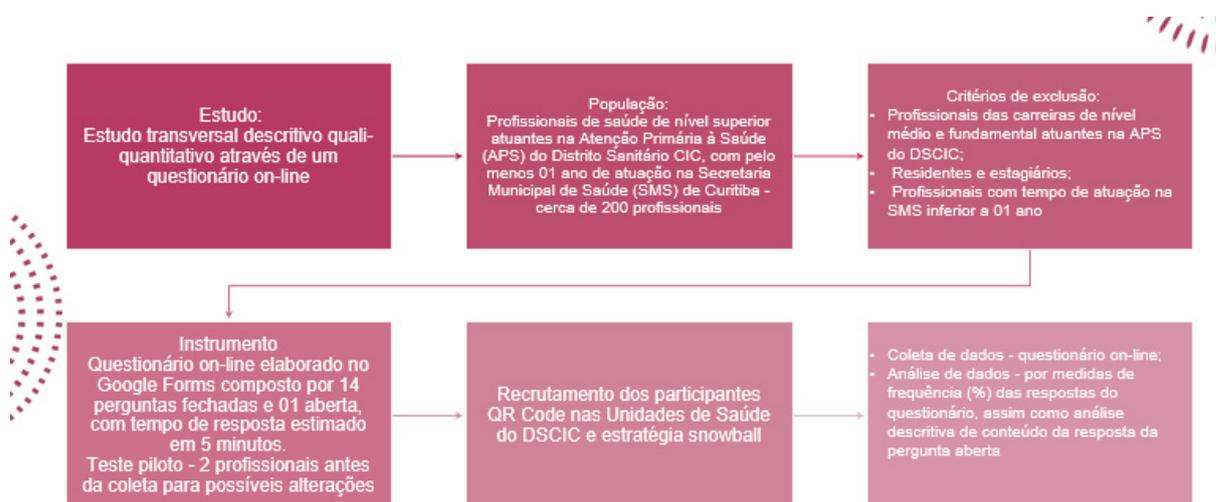
Tendo em vista as informações expostas observa-se que nesse território os serviços de saúde do SUS enfrentam um constante desafio em relação à promoção, prevenção, cuidado e manutenção da saúde, ratificando a relevância do olhar diferenciado dos profissionais, bem como a importância do conhecimento destes em relação aos serviços e equipamentos de apoio social disponíveis dentro e fora do território, além de políticas públicas de saúde específicas.

### 3.2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo seccional de caráter exploratório e descritivo, baseado em um questionário (Apêndice 1) com 14 perguntas fechadas e 01 aberta, elaborado no aplicativo *Google Forms* e delineamento sintetizado na Figura 4. Segundo

Medronho (2008), quando o questionário base para o estudo seccional contiver perguntas abertas, poderá ter propósitos exploratórios, objetivando a busca de hipóteses que expliquem inter-relações ainda desconhecidas entre fenômenos.

FIGURA 4 - DELINEAMENTO DO ESTUDO 2 – EQUIDADE EM SAÚDE NA PRÁTICA



Fonte: A autora (2023)

O projeto foi elaborado e submetido ao CEP do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o parecer consubstanciado nº 5.771.767, sendo aprovado conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAEE: 63880922.7.0000.0102 (Anexo 1). Em seguida foi encaminhado ao CEP da SMS de Curitiba sob o parecer consubstanciado nº 5.932.062, o qual foi aprovado de acordo com o CAEE: 63880922.7.3001.0101 (Anexo 2).

A coleta de dados foi iniciada após as aprovações nos CEPs citados, com a aplicação de questionários em formato on-line, no período compreendido entre as aprovações (data de início da aplicação) e o dia 01/09/2023.

Na falta de identificação de um instrumento validado para tal pesquisa, as questões do referido questionário foram elaboradas pela autora, profissional com experiência na gestão do SUS (14 anos) e familiarizada às demandas do território de investigação, além de estudo da literatura existente e que deu origem ao estudo 1 já mencionado. Além disso, as questões foram revisadas por orientadora e docentes do programa de pós-graduação. As perguntas do instrumento objetivaram identificar o conhecimento e considerações dos profissionais de saúde da APS do referido distrito sanitário acerca do tema equidade em saúde e versaram sobre formação/capacitação,

tempo de experiência e sobre políticas públicas relacionadas ao princípio de equidade e prática profissional. Para a elaboração das perguntas, optou-se por utilizar os temas das políticas de promoção da equidade em saúde do Ministério da Saúde, por isso, alguns assuntos como saúde da mulher não foram abordados. Ressalta-se também que os protocolos de saúde da mulher já fazem parte das capacitações, sendo utilizados pelos profissionais do SUS.

O questionário foi aplicado em 2 profissionais antes da coleta de dados para validação das perguntas do instrumento e serem identificadas possíveis alterações necessárias de maneira a facilitar a compreensão dos participantes, como um estudo piloto.

Estavam aptos a participar da pesquisa os profissionais da saúde das carreiras de nível superior atuantes na APS do DSCIC compreendidos entre médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, orientadores em esporte e lazer e fonoaudiólogos, compondo cerca de 200 profissionais, sendo excluídos deste número, aqueles com o tempo inferior a 1 ano de atuação na SMS de Curitiba, além de estagiários e residentes.

Quanto ao recrutamento dos participantes, conforme recomendação do comitê de ética de Ciências da Saúde, foram disponibilizados cartazes com *QR Code* nas USs citadas (Apêndice 3), contendo explicações sobre a pesquisa e os critérios de inclusão/exclusão de participantes. Os profissionais que se disponibilizaram em responder a pesquisa apontaram a câmera do telefone celular e escanearam o *QR Code*, o qual os direcionou ao formulário de questionário *on-line*. Os profissionais puderam compartilhar com outro, numa estratégia *snowball*. Antes de responder as perguntas, o participante foi informado do conteúdo abordado pelo questionário antes de respondê-lo, para uma tomada de decisão informada, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para anuência do participante (Apêndice 2).

Os dados foram analisados por medidas de frequência (%) das respostas do questionário, as quais foram organizadas em software específico (*Microsoft Excel*), assim como na análise descritiva de conteúdo das respostas da pergunta aberta.

As respostas referentes à questão aberta foram analisadas pela técnica da análise de conteúdo de Bardin (2011), utilizando as três fases indicadas pela autora: 1) Pré-análise, na qual as respostas dos profissionais foram lidas na íntegra; 2)

Exploração do material, organizando as respostas em cinco categorias de acordo as palavras citadas e/ou ideias expressas; 3) Tratamento dos resultados e interpretação.

Através de perguntas relacionadas às políticas públicas e percepções, objetivou-se verificar o conhecimento adquirido bem como as correlações realizadas pelos profissionais, buscando identificar se utilizam/utilizaram o princípio da equidade na oferta do cuidado em saúde diário do território.

Para as correlações entre as variáveis foram analisadas as perguntas de caracterização da amostra, como tempo de serviço e graduação, idade e características de pós-graduação em relação às perguntas específicas sobre equidade.

### 3.3 RESULTADOS

A pesquisa ficou disponível no período compreendido entre a aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa (março/2023) até o dia 01/09/2023. No período citado foram registradas 37 respostas, das quais 6 foram desconsideradas, por não estarem de acordo com os critérios de inclusão, ou seja, 2 foram de residentes/estagiários, 3 de profissionais com menos de 1 ano de SMS e 1 iniciou a pesquisa, mas assinalou não ter interesse em prosseguir.

Desta forma, foram consideradas 31 respostas válidas para análise de dados, a qual será realizada por medidas de frequência das respostas do questionário, assim como a análise descritiva do conteúdo das respostas da pergunta aberta.

Os resultados serão apresentados conforme as respostas dos questionários para as questões fechadas e aberta. Na apresentação dos resultados além da apresentação da distribuição de frequência das respostas de forma geral, serão apresentados dados relacionais, da questão investigada em relação ao tempo de formação, pós-graduação e tempo de formação.

#### 3.3.1 Questões fechadas: Perfil Pessoal e profissional dos pesquisados

Os profissionais participantes (Tabela 1) tinham a média de 45,1 anos, com tempo de graduação médio de 19,6 anos e a média de 14,6 anos de tempo de SMS Curitiba.

A tabela 1 apresenta a qualificação em relação à idade, tempo de formação e tempo de atuação na SMS.

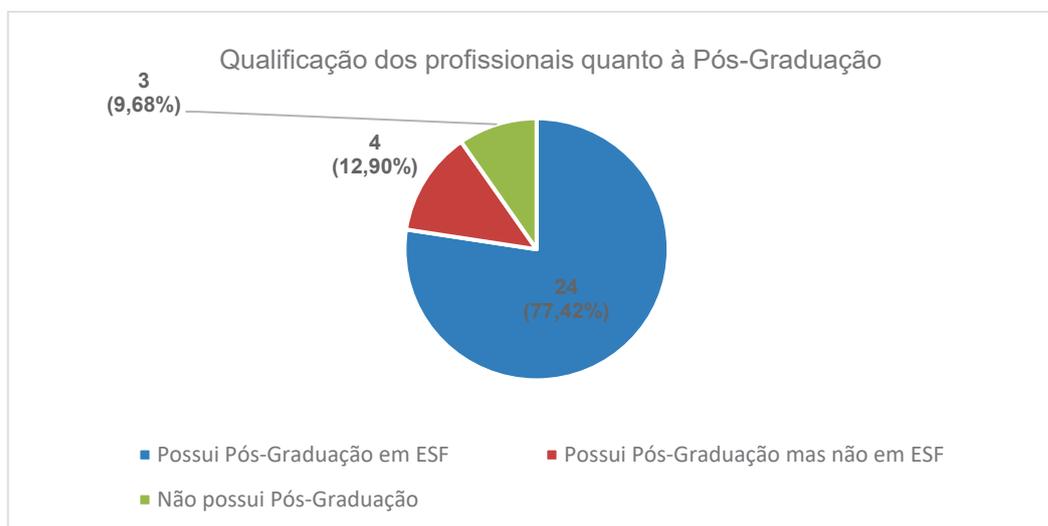
TABELA 1 - PERFIL PESSOAL E PROFISSIONAL DOS PESQUISADOS ESTRATIFICADO

Formação Profissional	Número de Participantes	Idade Média (Anos)	Tempo de Graduação Médio (Anos)	Tempo de Atuação Médio na SMS Curitiba (Anos)
Cirurgião(ã) - Dentista	8 (25,8%)	48,1	24,5	20,6
Médico(a)	7 (22,7%)	42,7	18,3	12,85
Enfermeiro(a)	11 (35,5%)	45,8	17,3	12,36
Farmacêutico(a)	2 (6,4%)	37,5	15	9,5
Orientador(a) em Esporte e Lazer	1 (3,2%)	43,0	21	14
Nutricionista	1 (3,2%)	45,0	22	17
Psicólogo(a)	1 (3,2%)	46,0	21	21
Total	31 (100%)	45,1±9,34	19,6±9,55	14,6±8,25

FONTE: A autora (2023)

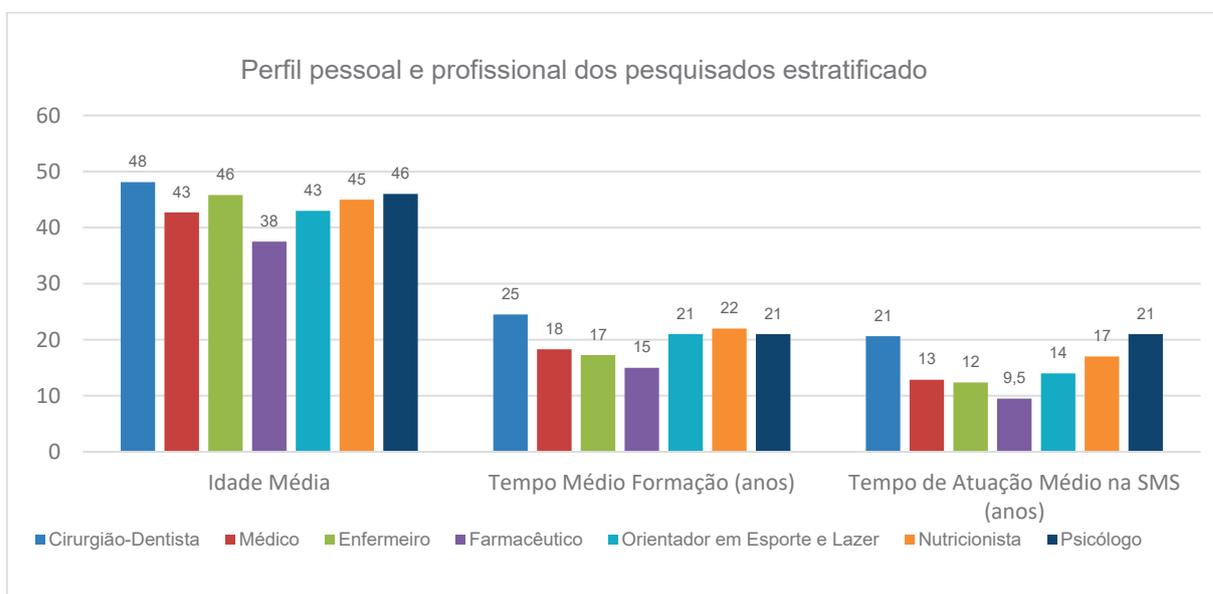
Quanto à pós-graduação (Gráfico 1), 24 (77,42%) responderam possuir pós-graduação em ESF/saúde coletiva/saúde pública, 4 (12,9%) assinalaram pós-graduação em outra área e 3 (9,6%) não tinham pós-graduação.

GRÁFICO 1 - QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO



FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 2 - QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO À IDADE, TEMPO DE FORMAÇÃO E DE ATUAÇÃO NA SMS



FONTE: A autora (2023)

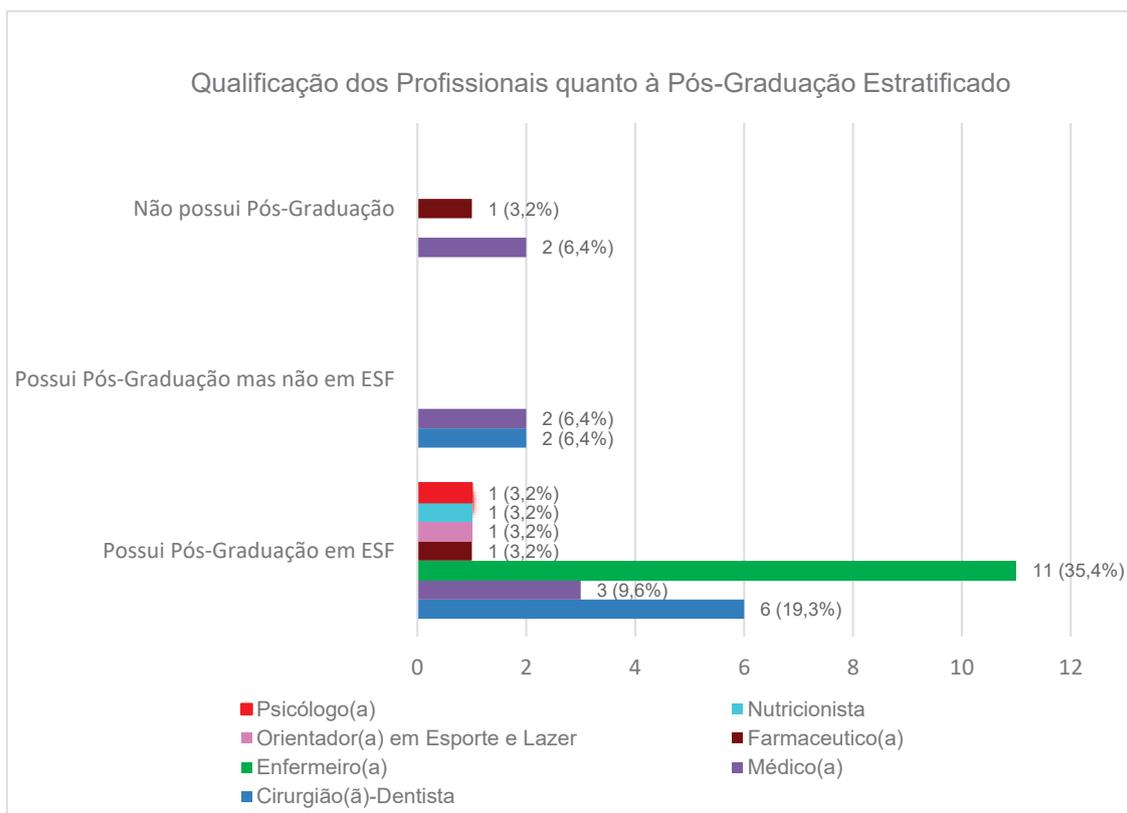
Ao analisar o Gráfico 2, observa-se similaridade entre o tempo médio de atuação na SMS Curitiba e tempo de formação, o que pode indicar que os profissionais tendem a fazer carreira no serviço público.

TABELA 2 - PERFIL PESSOAL E PROFISSIONAL DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO

Formação Profissional	Pós-Graduação em ESF	Pós-Graduação mas não em ESF	Não possui Pós-Graduação
Cirurgião(ã) - Dentista	6 (19,3%)	2 (6,4%)	0 (0,0%)
Médico(a)	3 (9,6%)	2 (6,4%)	2 (6,4%)
Enfermeiro(a)	11 (35,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Farmacêutico(a)	1 (3,2%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)
Orientador(a) em Esporte e Lazer	1 (3,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Nutricionista	1 (3,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Psicólogo(a)	1(3,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	24 (77,42%)	4 (12,90%)	3 (9,68%)

FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 3 - QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS QUANTO À PÓS-GRADUAÇÃO



FONTE: A autora (2023)

Em relação à qualificação dos pesquisados quanto à pós-graduação (Tabela 2, Gráfico 3), constatou-se que a maioria (77,42%) possuem pós-graduação em ESF/saúde coletiva/saúde pública.

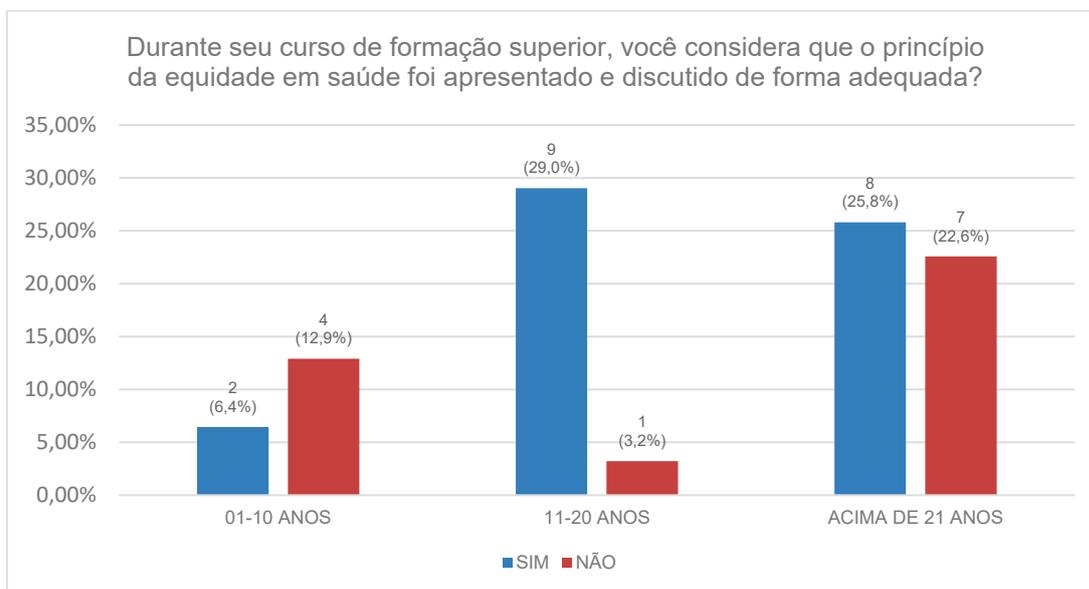
Na sequência serão apresentados os resultados da pesquisa em relação à análise do princípio da equidade em saúde e aplicação profissional.

TABELA 3 - EQUIDADE COMO CONTEÚDO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO

Tempo de Graduação	SIM	NÃO
01 – 10 Anos	02 (6,45%)	04 (12,90%)
11 – 20 Anos	09 (29,03%)	01 (3,23%)
> 21 Anos	08 (25,81%)	07 (22,58%)
<b>Total</b>	<b>19 (61,29%)</b>	<b>12 (38,7%)</b>

FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 4 - EQUIDADE COMO CONTEÚDO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO



FONTE: A autora (2023)

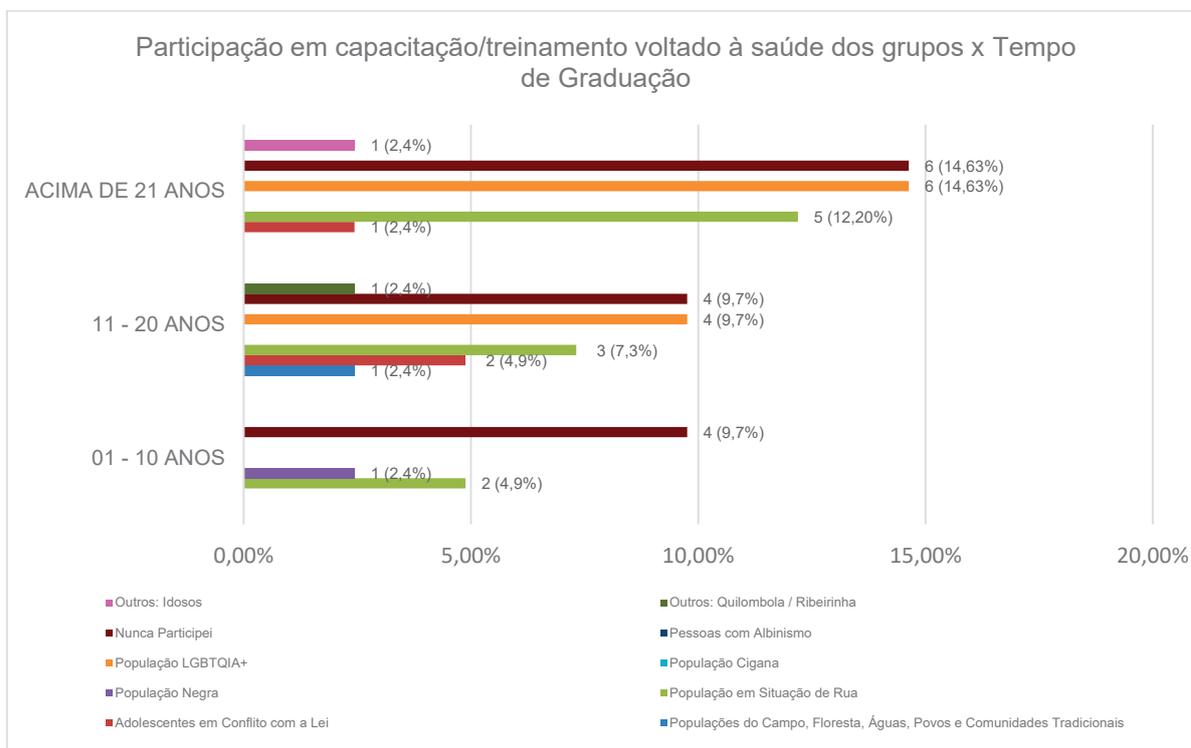
Ao analisar as respostas referentes à pergunta que indagou se os profissionais consideravam que o princípio da equidade em saúde foi discutido de forma adequada durante o curso superior (Tabela 3 e gráfico 4), constata-se que 12 profissionais (38,7%) consideraram que o princípio da equidade em saúde não foi adequadamente discutido durante sua formação superior. Observa-se também que a proporção dos profissionais que consideraram a discussão do princípio da equidade na graduação como adequada é maior nas categorias acima de 11 anos de graduação.

TABELA 4 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO

Grupos Específicos	Tempo de formação		
	1 – 10 Anos	11 – 20 Anos	> 21 Anos
Populações do Campo, da Floresta, das Águas (PCFAs) Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs)	0 (0,00%)	1 (2,44%)	0 (0,00%)
Adolescentes em Conflito com a Lei	0 (0,00%)	2 (4,88%)	1 (2,44%)
População em situação de rua	2 (4,88%)	3 (7,32%)	5 (12,20%)
População negra	1 (2,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
População cigana	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
População LGBTQIA+	0 (0,00%)	4 (9,76%)	6 (14,63%)
Pessoas com albinismo	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Outro: Quilombola/Ribeirinha	0 (0,00%)	1 (2,44%)	0 (0,00%)
Outro: Idosos	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,44%)
Nunca participei	4 (9,76%)	4 (9,76%)	6 (14,63%)

FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 5 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE GRADUAÇÃO



FONTE: A autora (2023)

Quanto à participação em capacitações voltadas à saúde de grupos específicos (Tabela 4 e Gráfico 5), observou-se que nenhum profissional participou de treinamentos sobre população cigana, nem sobre pessoas com albinismo e apenas 1 participou de treinamento sobre saúde da população negra, sendo que 14 profissionais (45,1%), nunca participaram de nenhum tipo de capacitação.

Em relação aos temas mais assinalados, constatou-se que população em situação de rua e população LGBTQIAPN+, ambas com o mesmo número (n: 10, 32,2%), foram as capacitações que mais atingiram profissionais. Vale ressaltar que os profissionais poderiam escolher mais de uma opção na pergunta 2.

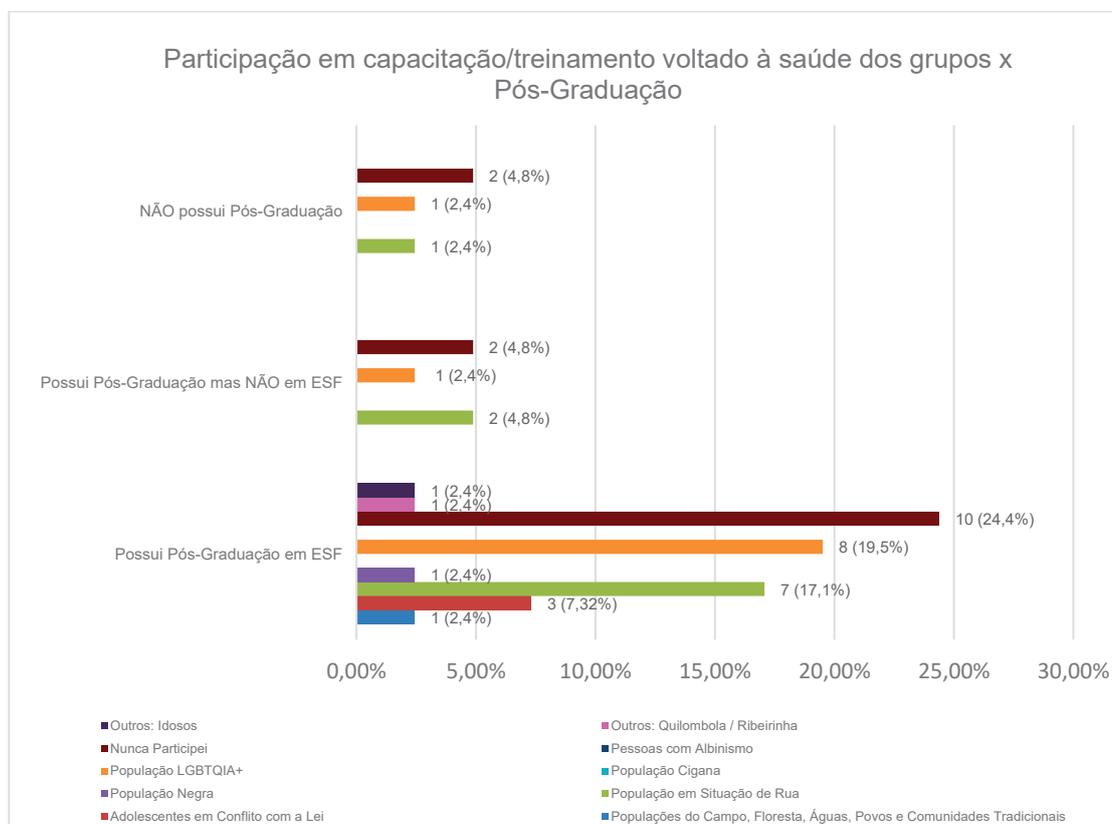
Ao correlacionar o tempo de formação, ressalta-se que os profissionais com mais de 11 anos de graduação participaram de mais capacitações relacionadas aos grupos citados.

TABELA 5 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO EM PÓS-GRADUAÇÃO

Grupos Específicos	Pós-Graduação em ESF	Pós-Graduação mas NÃO em ESF	NÃO possui Pós-Graduação
Populações do Campo, da Floresta, das Águas (PCFAs) Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs)	1 (2,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Adolescentes em Conflito com a Lei	3 (7,32%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
População em situação de rua	7 (17,07%)	2 (4,88%)	1 (2,44%)
População negra	1 (2,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
População cigana	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
População LGBTQIA+	8 (19,51%)	1 (2,44%)	1 (2,44%)
Pessoas com albinismo	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Outro: Quilombola/Ribeirinha	1 (2,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Outro: Idosos	1 (2,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Nunca participei	10 (24,39%)	2 (4,88%)	2 (4,88%)

FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 6 - PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO VOLTADO À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO EM PÓS-GRADUAÇÃO

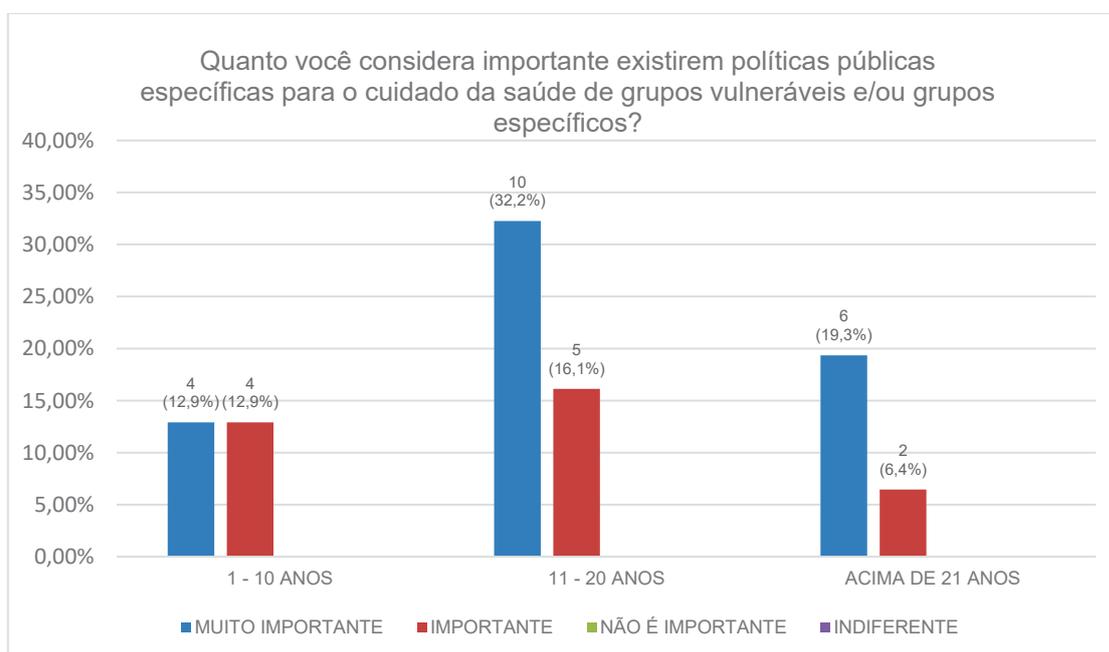


FONTE: A autora (2023)

Ao relacionar a pergunta referente a participação em treinamento/capacitação (Tabela 5 e Gráfico 6) com a pós-graduação, observa-se que os profissionais com cursos voltados à ESF/saúde coletiva/saúde pública, tiveram maior contato e participação em capacitações de saúde voltadas à grupos específicos.

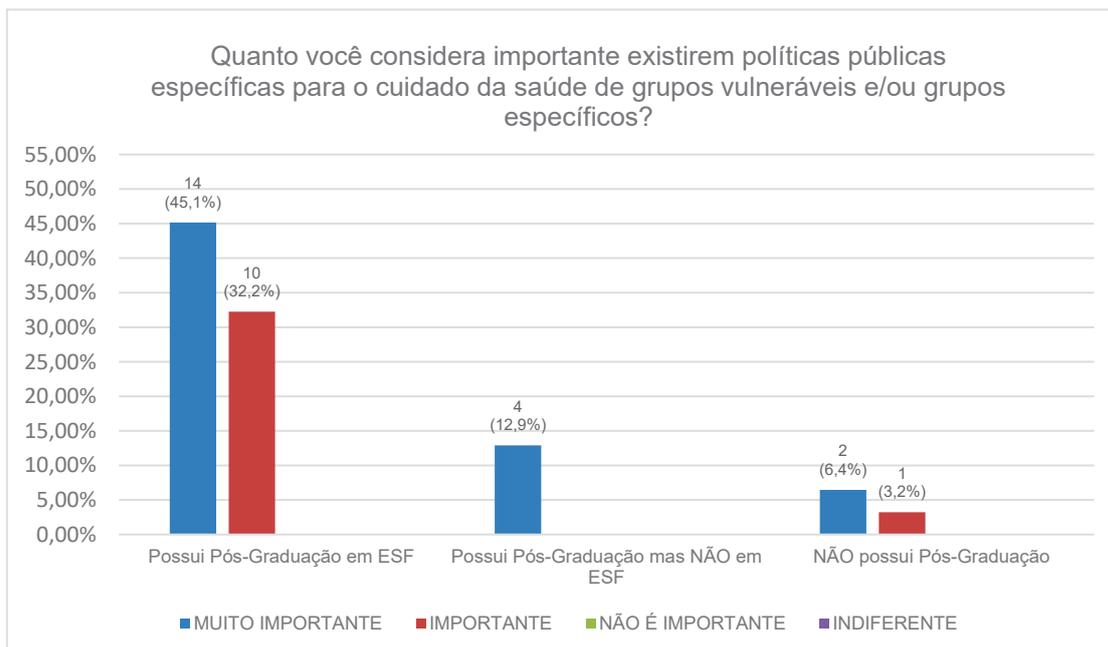
Na pergunta 3 indagou-se sobre “Quanto você considera importante existirem políticas públicas específicas para o cuidado da saúde de grupos vulneráveis e/ou grupos específicos?”, com resposta variando de indiferente a muito importante. Quando essa “importância” foi relacionada com tempo de atuação na SMS (Gráfico 7), as respostas não são tão claras e parece que os respondentes com 11-20 anos consideraram essa questão como mais importante. Quando essa questão foi relacionada a ter formação em pós-graduação (Gráfico 8) percebe-se uma maior identificação da relevância do tema pelos profissionais com pós-graduação específica em ESF.

GRÁFICO 7 - IMPORTÂNCIA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS A GRUPOS VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO AO DO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 8 - IMPORTÂNCIA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS A GRUPOS VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO EM PÓS-GRADUAÇÃO



FONTE: A autora (2023)

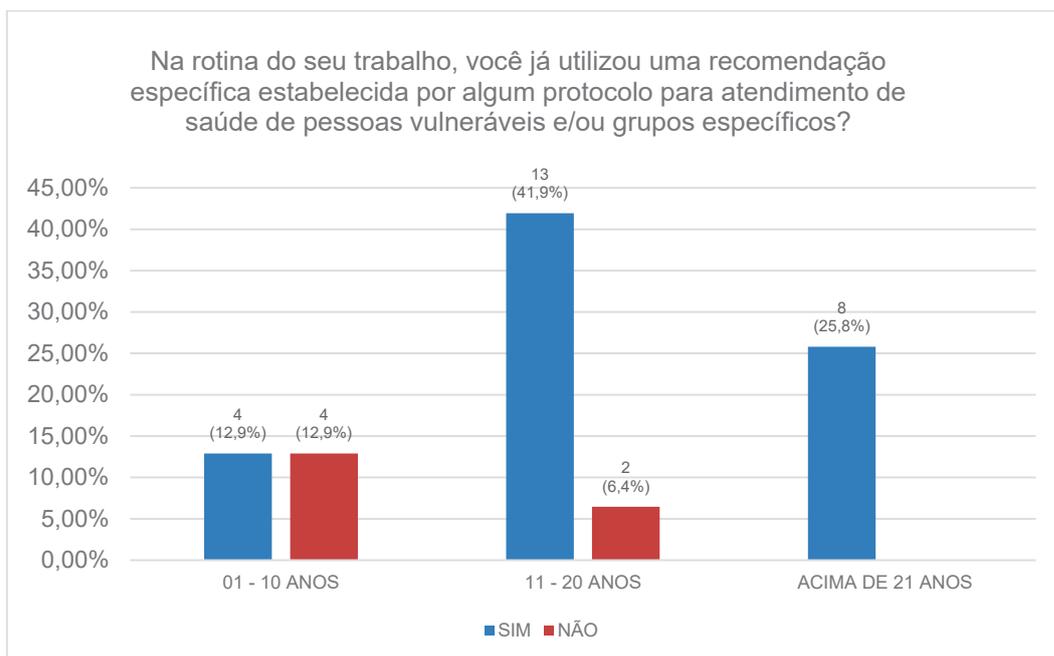
A pergunta 4 (Tabela 6 e Gráfico 9) questionava aos participantes se “na rotina do seu trabalho, você já utilizou uma recomendação específica estabelecida por algum protocolo para atendimento de saúde de pessoas vulneráveis e/ou grupos específicos?”.

TABELA 6 - UTILIZAÇÃO NA ROTINA DE TRABALHO DE PROTOCOLOS DE GRUPOS ESPECÍFICOS/VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA

Tempo de Atuação SMS Curitiba	Sim	Não
<b>01 – 10 Anos</b>	4 (12,90%)	4 (12,90%)
<b>11 – 20 Anos</b>	13 (41,94%)	2 (6,45%)
<b>&gt;21 Anos</b>	8 (25,81%)	0 (0,00%)
<b>Total</b>	25 (80,6%)	6 (19,4%)

FONTE: O autor (2023)

GRÁFICO 9 - UTILIZAÇÃO NA ROTINA DE TRABALHO DE PROTOCOLOS DE GRUPOS ESPECÍFICOS/VULNERÁVEIS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA

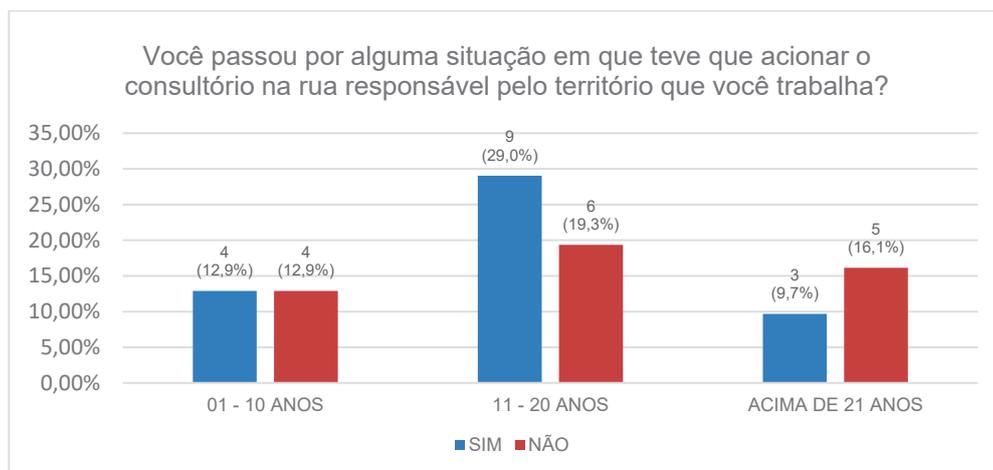


FONTE: A autora (2023)

Em relação às respostas atribuídas a pergunta 4 (Tabela 6 e Gráfico 9), tem-se que 25 profissionais (80,6%) já utilizaram algum protocolo específico para atendimento de pessoas/grupos vulneráveis.

Na pergunta 5, os participantes foram questionados sobre “Você passou por alguma situação em que teve que acionar o consultório na rua responsável pelo território que você trabalha?”. Dos 31 respondentes (Gráfico 10), 15 profissionais (48,38%) assinalaram nunca ter havido uma situação em que precisaram acionar o consultório na rua, com uma leve predominância de maior contato com situações relacionadas às pessoas em situação de rua pela categoria 11-20 anos de SMS.

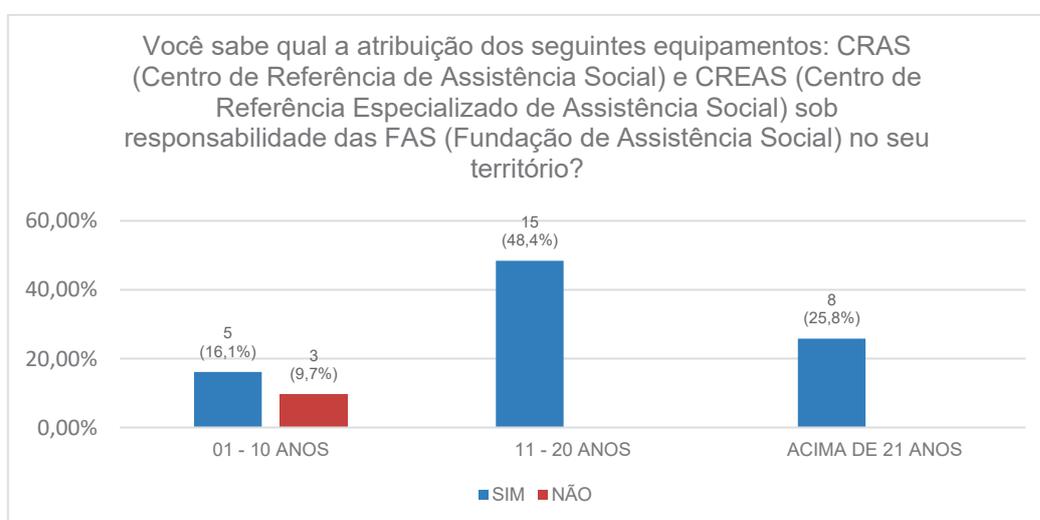
GRÁFICO 10 - VIVÊNCIA PROFISSIONAL EM ACIONAR O CONSULTÓRIO DE RUA EM RELAÇÃO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

Na pergunta 6, “Você sabe qual a atribuição dos seguintes equipamentos: CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) sob responsabilidade das FAS (Fundação de Assistência Social) no seu território?”. Quanto ao conhecimento das atribuições do CRAS/CREAS presente no território em que atuam, nenhum profissional assinalou desconhecer o serviço, mas 3 (9,68%) responderam não saber as atribuições dos equipamentos citados, sendo que os 3 estavam na categoria 1-10 anos de SMS (Gráfico 11).

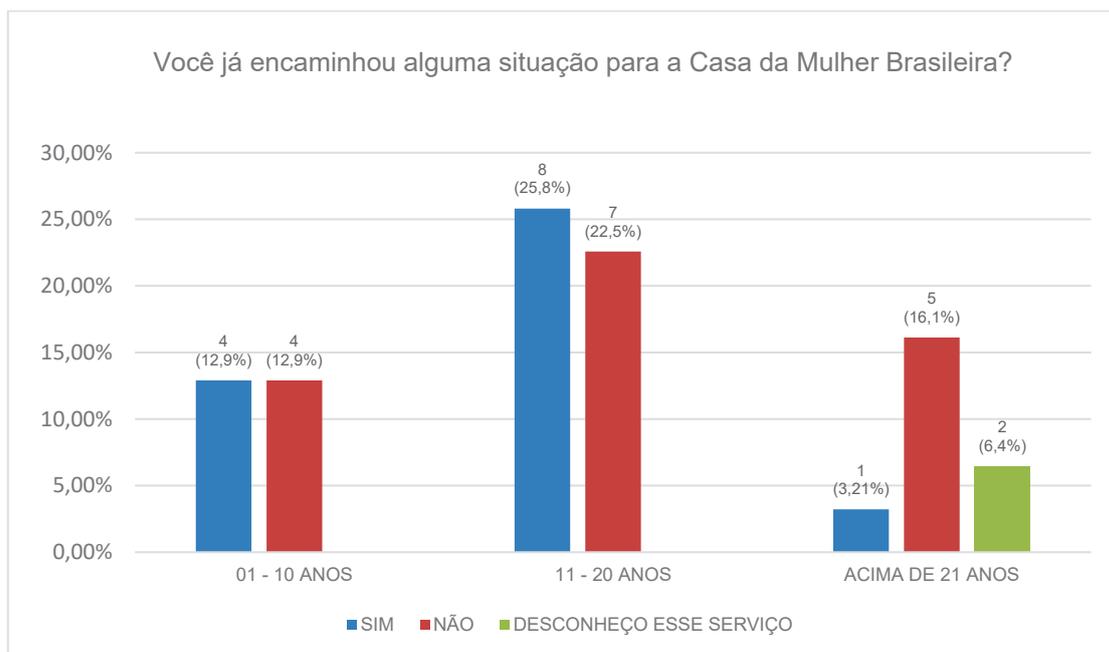
GRÁFICO 11 - CONHECIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DO CRAS/CREAS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

Na pergunta 7 foi questionado: “Você já encaminhou alguma situação para a Casa da Mulher Brasileira?”. Observa-se que dos profissionais que encaminharam, 25,81% apresentava 11-20 anos de atuação na SMS de Curitiba e que 6,45% ainda desconhecem o serviço (Gráfico 12).

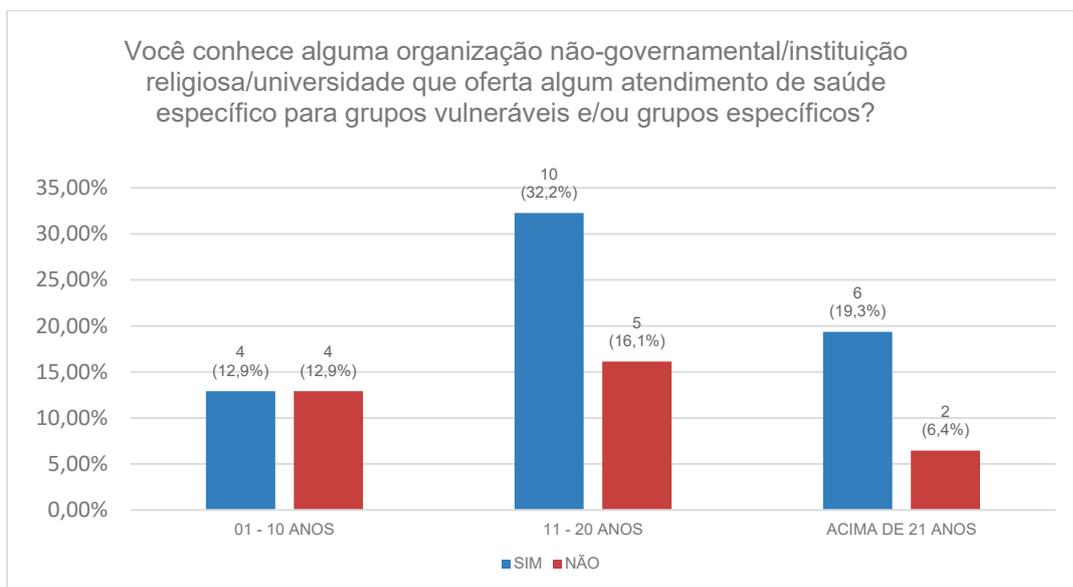
GRÁFICO 12 - ENCAMINHAMENTO PROFISSIONAL À CASA DA MULHER BRASILEIRA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

Na pergunta 8, quando questionado sobre “Você conhece alguma organização não-governamental/instituição religiosa/universidade que oferta algum atendimento de saúde específico para grupos vulneráveis e/ou grupos específicos?”, verificou-se que 11 participantes (35,4%), não conhecem nenhuma organização não-governamental/instituição religiosa/universidade que oferta algum atendimento específico para populações vulneráveis, sendo similar o conhecimento nas 3 categorias de tempo de atuação, sendo: 4 (12,9%) de 01-10 anos, 10 (32,2%) de 11-20 anos, 6 (19,3%) acima de 21 anos (Gráfico 13).

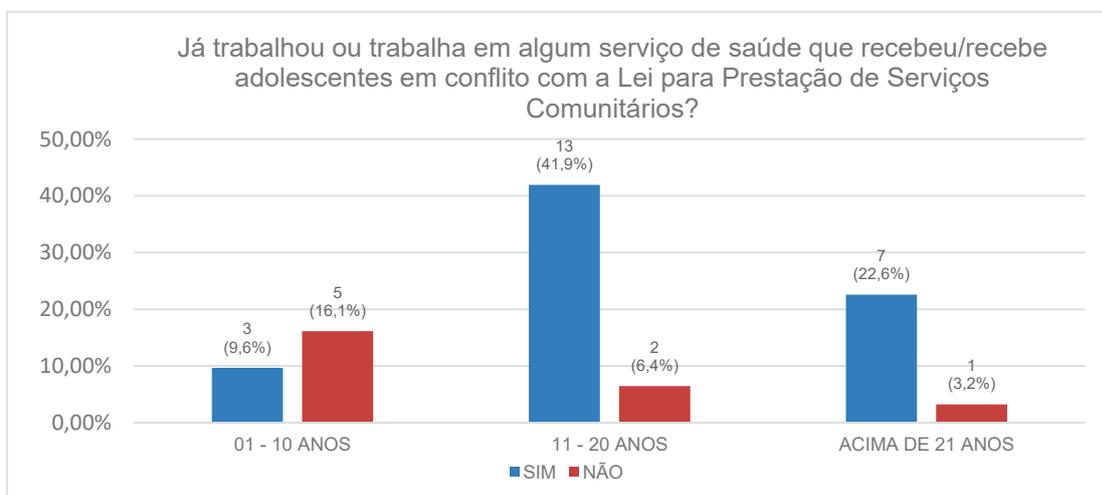
**GRÁFICO 13 - CONHECIMENTO SOBRE ALGUMA ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL/INSTITUIÇÃO RELIGIOSA/UNIVERSIDADE COM ATENDIMENTO DE SAÚDE PARA GRUPOS VULNERÁVEIS/ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS**



FONTE: A autora (2023)

Quando, na pergunta 9 (Gráfico 14), os participantes foram questionados sobre “Já trabalhou ou trabalha em algum serviço de saúde que recebeu/recebe adolescentes em conflito com a Lei para Prestação de Serviços Comunitários?”, observou-se que 8 participantes (25,8%) relataram nunca ter trabalhado em algum equipamento de saúde que recebeu adolescentes em conflito com a lei para prestação de serviços comunitários e quanto à pergunta 10, 9 (29%) responderam não ter atendido um adolescente em conflito com a lei na sua rotina de trabalho .

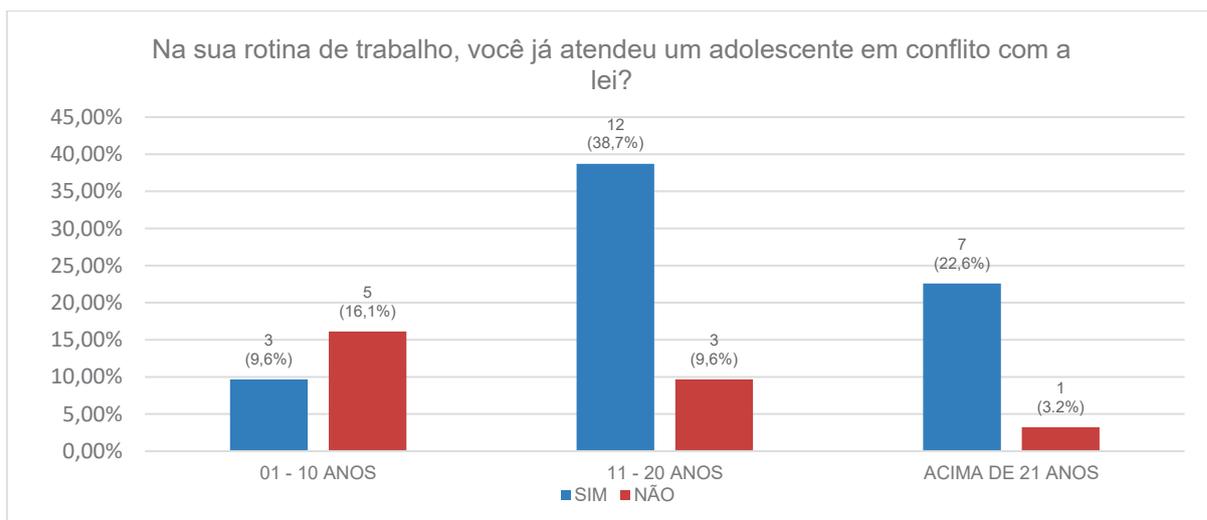
**GRÁFICO 14 - TRABALHOU OU TRABALHA EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE QUE RECEBEU/RECEBE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CÚRITIBA**



FONTE: A autora (2023)

Em relação à pergunta 10 “Na sua rotina de trabalho, você já atendeu um adolescente em conflito com a lei?”, os participantes com mais tempo de atuação experienciaram mais tal demanda (Gráfico 15).

GRÁFICO 15 - ATENDIMENTO DE ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

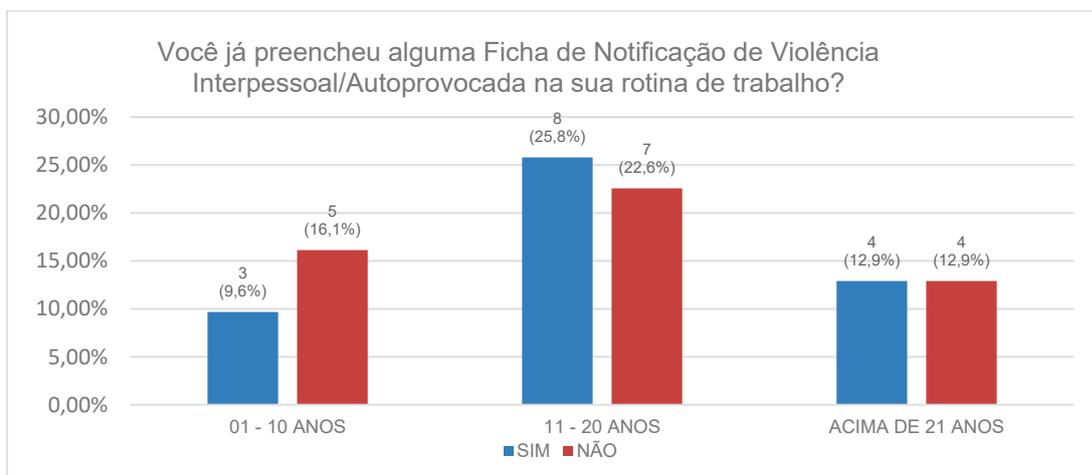
Na pergunta 10 sobre “Você já preencheu alguma Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada na sua rotina de trabalho?”, constata-se que 16 profissionais (51,6%) nunca preencheram uma notificação de violência interpessoal/autoprovocada na sua rotina de trabalho.

TABELA 7 - PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA

Tempo de Atuação SMS Curitiba	Sim	Não
<b>01 – 10 Anos</b>	3 (9,68%)	5 (16,13%)
<b>11 – 20 Anos</b>	8 (25,81%)	7 (22,58%)
<b>&gt; 21 Anos</b>	4 (12,90%)	4 (12,90%)
<b>Total</b>	15 (49,4%)	16 (51,6%)

FONTE: A autora (2023)

GRÁFICO 16 - PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

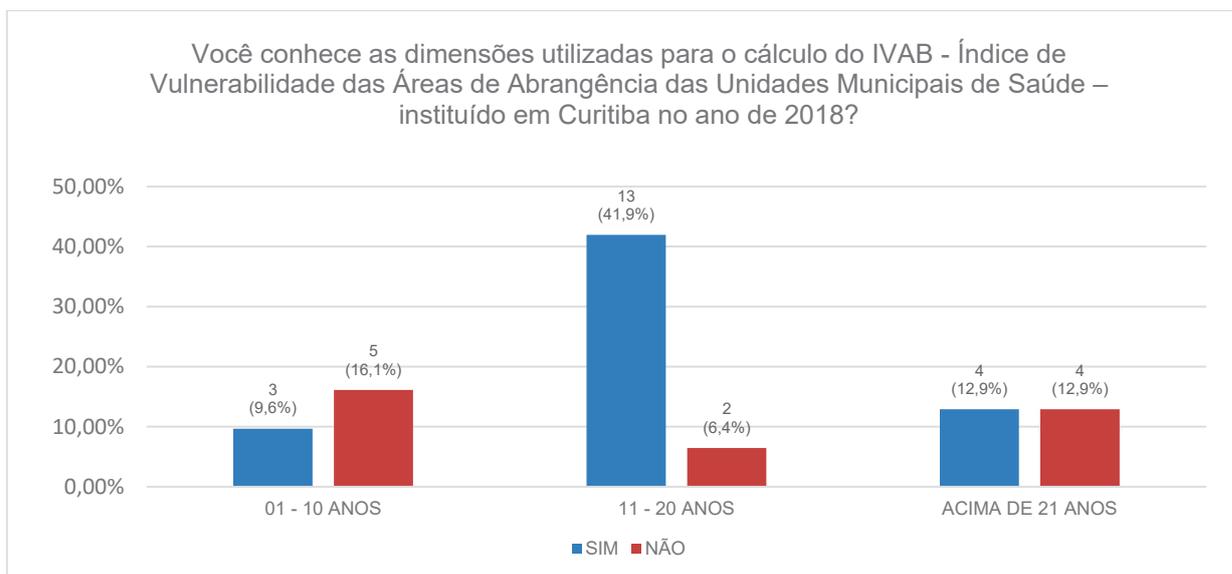
Na pergunta 12, “Você conhece as dimensões utilizadas para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde (IVAB) instituído em Curitiba no ano de 2018?”, constatou-se que todos os profissionais participantes conheciam o índice, embora 11 (35,4%) responderam desconhecer as dimensões que compõem esse índice.

TABELA 8 - CONHECIMENTO SOBRE AS DIMENSÕES DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE (IVAB) EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA

Tempo de Atuação SMS Curitiba	Sim	Não	Desconheço esse Índice
<b>01 – 10 Anos</b>	3 (9,68%)	5 (16,13%)	0 (0,00%)
<b>11 – 20 Anos</b>	13 (41,94%)	2 (6,45%)	0 (0,00%)
<b>&gt;21 Anos</b>	4 (12,90%)	4 (12,90%)	0 (0,00%)
<b>Total</b>	20 (64,6%)	11 (35,4%)	0 (0,00%)

FONTE: A autora (2023)

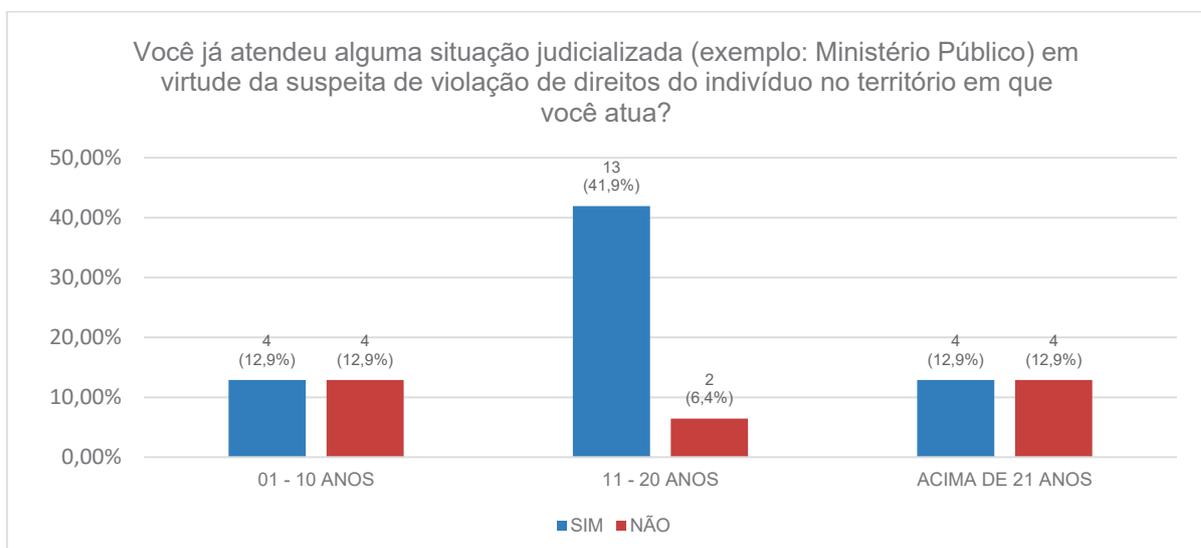
**GRÁFICO 17 - CONHECIMENTO SOBRE AS DIMENSÕES DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE (IVAB) EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA**



FONTE: A autora (2023)

Na pergunta 13 (Gráfico 18), “Você já atendeu alguma situação judicializada (exemplo: Ministério Público) em virtude da suspeita de violação de direitos do indivíduo no território em que você atua?”, a maioria dos profissionais (67,74%) já vivenciou a situação na prática sendo mais frequente para aqueles com 10-20 anos (41,94%) de atuação na SMS.

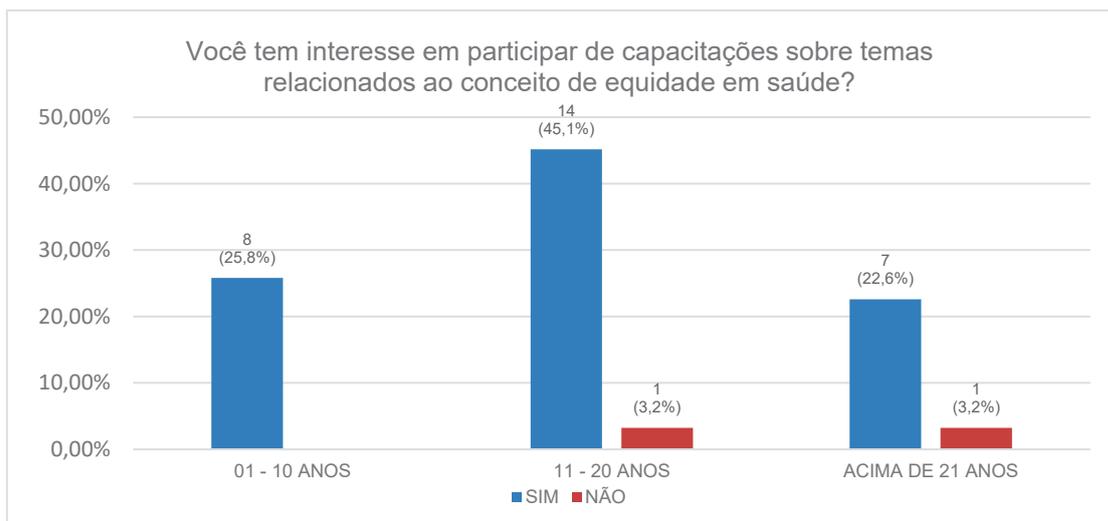
**GRÁFICO 18 - ATENDIMENTO DE SITUAÇÃO JUDICIALIZADA EM VIRTUDE DA SUSPEITA DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DO INDIVÍDUO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA**



FONTE: A autora (2023)

Na pergunta 14, quando questionados sobre “Você tem interesse em participar de capacitações sobre temas relacionados ao conceito de equidade em saúde?”, 29 profissionais (93,5%) relataram ter interesse em participar de capacitações sobre o conceito de equidade em saúde.

GRÁFICO 19 - INTERESSE EM PARTICIPAR DE CAPACITAÇÕES SOBRE TEMAS RELACIONADOS AO CONCEITO DE EQUIDADE EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA SMS CURITIBA



FONTE: A autora (2023)

### 3.3.2 Questão aberta

Para analisar a questão aberta, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin (2011), com base nas três fases indicadas pela autora, as quais serão explicadas a seguir:

- 1) Pré-análise: as respostas dos profissionais foram lidas na íntegra;
- 2) Exploração do material: foram estabelecidas cinco categorias de acordo as palavras citadas e/ou ideias expressas;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A partir desta análise, foi elaborado o quadro abaixo com a quantidade de profissionais e com os temas citados por eles:

QUADRO 2 - CATEGORIAS DE CONTEÚDO

<b>Categorias de Conteúdo</b>	<b>Nº de Profissionais</b>	<b>Temas Relacionados</b>
Não utilizou / Não lembra / Não respondeu	10	
Sistemas de informação e tecnologia em saúde	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Agendamento de consultas</li> <li>● Telerregulação de especialidades</li> <li>● Estratificação de risco</li> </ul>
Vulnerabilidade social	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vulnerabilidade</li> <li>● Situação de rua</li> <li>● Risco social</li> <li>● Inscritos em programas sociais</li> </ul>
População específica	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Transgêneros</li> <li>● Estrangeiros</li> </ul>
Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programas específicos da US (gestantes)</li> <li>● Tratamento para dependentes químicos</li> <li>● Priorização</li> </ul>
<b>Total</b>	<b>31</b>	

FONTE: A autora (2023)

As categorias de conteúdo foram organizadas em 5 grupos principais, sendo estabelecidos temas relacionados com cada grupo, conforme o Quadro 2.

A partir dos resultados, observou-se similaridade entre os temas citados pelos profissionais no capítulo II e aqueles que foram levantados no capítulo I através da revisão integrativa, mostrando que as referências dos profissionais coincidem com os assuntos tratados na literatura científica.

Dessa forma, 29% dos participantes referenciaram subtemas relacionados à vulnerabilidade social, 16,12% relacionados à sistemas de informação e tecnologia em saúde e 16,12% princípio relacionado ao SUS/ESF e redes de atenção. Ressalta-se que 32,25% ficaram na categoria “não utilizou/não lembra/não respondeu”.

### 3.4 DISCUSSÃO

Com relação ao perfil dos profissionais que participaram da pesquisa referente ao eixo 2 (capítulo III), apresentaram idade média de 45,1 anos, graduação há 19,6 anos e uma maioria com pós-graduação, com experiência de 14,6 anos de tempo de SMS Curitiba identifica-se que os profissionais participantes são na maioria experientes esperando-se que tenham recebido em algum momento, formação e preparo sobre o tema equidade e que, para além disso, façam uso na sua prática profissional.

Quanto à formação houve variabilidade entre os participantes, mas com uma maioria de dentistas, médicos e enfermeiros, o que talvez represente o maior contingente profissional.

A maioria dos participantes relata ter pós-graduação especialmente voltada a ESF/APS, dado que vai ao encontro do que fora investigado por Oliveira *et al.* (2016) em Goiânia com médicos e enfermeiros da APS. A questão da formação é relevante no sentido que há evidências (Oliveira *et al.*, 2023) que apontam que a mesma pode refletir na qualidade dos serviços de atenção primária, tendo relação direta com um possui o maior tempo de trabalho (de médicos e enfermeiros de Goiânia) na mesma equipe e com a percepção de capacitação dos profissionais de saúde da região noroeste de Goiânia.

Quando os profissionais foram indagados se princípio da equidade em saúde havia sido discutido de forma adequada durante o curso superior, apesar da maioria relatar que “sim”, identifica-se que para 38,7% não foi adequadamente discutido durante sua formação superior. E que um maior tempo de formação levou a uma maior preocupação profissional sobre a temática.

O assunto equidade tem sido sinalizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de alguns cursos de graduação e existem experiências que estão favorecendo a formação, embora a simples inclusão do tema nas diretrizes pode não acarretar mudanças imediatas e concretas na formação do profissional, sendo necessário trabalhar a transversalização do conceito, com investimento em pesquisas que tenham a equidade como diferencial (Rocha; Souza; Cavadinha, 2019).

Quando da transposição da teoria para a prática profissional, interesse do eixo 2 de pesquisa, os participantes questionados sobre o uso na sua rotina (recomendação específica estabelecida por algum protocolo para atendimento de

saúde de pessoas vulneráveis e/ou grupos específicos) responderam na maioria (80,6%) que sim e interessante notar que dos que responderam não, eram os que apresentavam menos tempo de atuação na SMS (<11 anos). Possivelmente um maior tempo favoreça a articulação com situações e demandas de populações vulneráveis e que para além do conhecimento teórico faça-se necessário a vivência prática e interprofissional. Pode-se fazer um paralelo com a educação permanente em saúde (Bispo Junior; Moreira, 2017), a qual preconiza uma educação na rotina do trabalho, mediada pelo trabalho e para o trabalho e que promova uma melhoria constante no que tange à atenção à saúde da população. Nesse sentido o então denominado “apoio matricial” e interprofissional, anteriormente feito pela articulação ESF e NASF era fomentador desse tipo de capacitação em serviço, ainda que na prática isso nem sempre aconteça (Bispo Junior; Moreira, 2017), permitindo um compartilhar de saberes no cotidiano dos serviços por meio de soluções em conjunto pela equipe para as situações problema encontradas (Ferreira *et al.*, 2019).

A relevância da educação permanente em saúde vem sendo discutida como uma estratégia da própria ampliação e fortalecimento do princípio de equidade (Carlos, 2023) e para que seja atualizada e relevante é fundamental que estudo em loco, compreendendo os conhecimentos já existentes sejam analisados.

Frente aos resultados verificados, foram evidenciados temas já esperados (Turesso; Mélo, 2023; Rocha *et al.*, 2022) como relacionados ao conceito de equidade, tais como populações vulneráveis, populações específicas e princípio relacionado ao SUS/ESF e redes de atenção, os quais são observados tanto na literatura como na prática profissional.

Também foi constatada significativa similaridade dos temas apontados pelos profissionais como exemplo de utilização do princípio da equidade em seu cotidiano de trabalho com os assuntos relacionados ao conceito de equidade em saúde na literatura científica brasileira e identificada na revisão integrativa retratada no capítulo II (Turesso; Mélo, 2023).

Com base nos resultados obtidos nos 2 eixos da pesquisa, os objetivos específicos desse estudo serão discutidos por tópicos separados, os quais serão expostos a seguir:

- Identificar quais os temas relacionados ao assunto equidade em saúde na literatura científica brasileira quando está relacionado à APS:

Quanto aos temas relacionados ao conceito de equidade na literatura brasileira quando relacionado à APS, tem-se: vulnerabilidade social (Andrade *et al.*, 2017; Costa *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2021), populações específicas (Carvalho *et al.*, 2014a; Albuquerque *et al.*, 2011; Guimarães *et al.*, 2017; Romano, 2007), sistemas de informação e tecnologias em saúde (Bittar *et al.*, 2009; Gallego-Pérez *et al.*, 2021; Luhm; Cardoso; Waldman, 2011; Marques Junior; Maciel Filho, August, 2008), e princípio relacionado ao SUS/ESF/redes de atenção (Braga; Ferreira; Braga, 2016; Macinko; Mendonça, 2018; Nascimento *et al.*, 2020; Pessalacia; Zoboli; Ribeiro, 2016; Santos *et al.*, 2017; Soratto *et al.*, 2015).

Uma interessante constatação refere-se à relação do conceito de equidade com sistemas de informação em saúde, principalmente no que tange a sua importância como facilitador no acesso às informações e, conseqüentemente, disponibilizando maior esclarecimento aos cidadãos, sendo ferramenta importante como promotores de justiça e diminuição de iniquidades. Considerando os exemplos citados pelos profissionais, observa-se que os sistemas de informação são considerados como uma importante ferramenta de promoção de equidade na rotina de trabalho.

A literatura relaciona o conceito de regulação como uma importante ferramenta para efetivar o princípio da equidade, adequando a oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, objetivando fazer isso de maneira qualificada e equânime (Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016).

No eixo 2 (capítulo III), ao categorizar as respostas da pergunta aberta que solicitava ao profissional um exemplo que julgava ter utilizado o princípio da equidade em sua rotina de trabalho, constatou-se a correlação das respostas com os temas observados nos artigos encontrados na base de dados da biblioteca virtual da saúde (BVS). Desta forma, pode-se inferir que as noções que os profissionais têm sobre o conceito de equidade é similar à forma com que é tratado na literatura.

- Verificar se o tema equidade em saúde foi abordado diretamente em algum momento ao longo da vida acadêmica e/ou carreira dos profissionais de saúde participantes da pesquisa:

Dentre os participantes da pesquisa, 12 profissionais (38,7%) consideraram que o princípio da equidade em saúde não foi adequadamente discutido durante sua

formação, sendo que os profissionais que consideraram a discussão do princípio da equidade na graduação como adequada é maior nas categorias acima de 11 anos de formação, a qual é uma observação destoante, pois as políticas atuais do Ministério da Saúde ressaltam os protocolos de atenção à saúde de populações vulneráveis. Não fora encontrada literatura que identifique ou analise essa questão para efeitos de comparação desse achado, o que demonstra que ainda há muito a se avançar no sentido do que e como seria adequado tratar essa temática durante a formação. Dos participantes da pesquisa, 16 profissionais (51,6%), não participaram de nenhum tipo de capacitação relacionada aos grupos vulneráveis elencados, sendo que os temas população cigana e pessoas com albinismo não foram assinalados por nenhum profissional. Ressalta-se que apenas 1 participante referiu ter participado de treinamento sobre saúde da população negra, dado que deve ser levado em consideração, pois o território em questão tem em sua população residente uma representatividade maior da categoria racial preta, parda e indígena, estando as outras cores ou raças menos representadas.

Quando consideramos as questões étnico-raciais e os impactos na saúde, pode-se citar Richardson *et al.* (2024), que objetivaram em sua pesquisa compreender as tendências de suicídio em adolescentes do ensino médio de grupos referentes às minorias étnico-raciais investigando dados da Carolina do Norte (EUA) e foi constatado que cumulativamente, ao longo do tempo, os adolescentes negros tiveram o maior número de relatos de ideações, planos e tentativas de suicídio. As populações indígenas americanas apresentaram maior percentagem de adolescentes que relatam ideação suicida (30,6%), e os habitantes das ilhas do Pacífico tiveram a maior percentagem de adolescentes que relatam planeamento de suicídio (28,8%) e tentativas de suicídio (29,6%).

No estudo de Cardoso *et al.* (2017) sobre educação permanente em saúde, constatou-se que cursos foram criados a partir da demanda do serviço ou de grupos específicos, como o Movimento Sem Terra, em Minas Gerais, sendo que várias iniciativas objetivaram a transformação de processos de trabalho ou a elaboração de projetos de intervenção nas unidades de saúde em que alunos atuam, tanto como propostas coletivas quanto individuais.

Quando se considera o tempo de formação, ressalta-se que os profissionais com mais de 11 anos de graduação participaram de mais capacitações relacionadas aos grupos citados, um resultado que chama a atenção ao considerar que, em virtude

das políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, seria plausível e esperado que os profissionais com menor tempo de formação tivessem maior contato com esse tipo de conteúdo.

Constatou-se que população em situação de rua e população LGBTQIAPN+, foram as capacitações que mais atingiram profissionais. Mesmo assim, na pergunta aberta, a população LGBTQIAPN+ foi indicada como exemplo por apenas por 01 profissional.

Observou-se também que os profissionais com cursos de pós-graduação em ESF/saúde coletiva/saúde pública, participaram mais de capacitações de saúde voltadas à grupos específicos.

Em relação às percepções dos profissionais quanto à utilização do princípio da equidade no seu cotidiano de trabalho, constata-se que algumas representações ainda são orientadas por ações de saúde centradas na doença e cura, mas a maioria das representações demonstra existir consciência dos profissionais sobre o tema como um princípio social que integra a justiça, ressaltando que o princípio da equidade ainda é pouco investigado na prática (Carvalho; Silva; Rabelo *et al.*, 2020).

- Conhecer a percepção sobre a importância do tema na rotina de atendimento dos profissionais:

Quando os profissionais foram questionados quanto eles consideravam importante existirem políticas públicas específicas para o cuidado da saúde de grupos vulneráveis e/ou grupos específicos, percebe-se uma maior identificação da relevância do tema pelos profissionais com pós-graduação específica em ESF, sendo que todos os profissionais consideraram “importante” ou “muito importante”, o que é essencial para a elaboração das capacitações, tendo em vista que o interesse no tema traz resultados mais efetivos nos treinamentos profissionais.

Na pesquisa de Oliveira *et al.* (2016), observou-se que a maioria dos profissionais que participou de capacitações consideraram que estas contribuíram para o aperfeiçoamento profissional (n = 75; 96,2%) e para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço (n = 69; 88,5%). Desta forma, o fato de 93,5% dos profissionais terem relatado o interesse na abordagem do assunto em capacitações, demonstra interesse e necessidade de maior visibilidade ao tema na sua atuação. Ainda nesse estudo, 78 (84,8%) dos profissionais, referiram ter

participado de capacitação relacionada às atividades na ESF no último ano, sendo que 72 (92,3%) referiram os cursos com carga horária de até 60 horas como a principal forma de capacitação, seguida pela capacitação em serviço (n = 54; 69,3%) e participação em eventos, como congressos, seminários, simpósios etc.

- Identificar o conhecimento dos profissionais da APS referente às políticas públicas relacionadas ao assunto:

Quando os profissionais foram questionados se na rotina do seu trabalho já haviam utilizado uma recomendação específica estabelecida por algum protocolo para atendimento de saúde de pessoas vulneráveis e/ou grupos específicos, 25 profissionais (80,6%) responderam já ter utilizado algum protocolo específico.

Em relação ao contato com o consultório na rua responsável pelo território que você trabalha, 15 profissionais (48,38%) assinalaram nunca ter havido uma situação em que precisaram acionar o consultório na rua.

Quando indagados sobre o conhecimento acerca das atribuições do CRAS e CREAS presentes no território em que atuam, nenhum profissional assinalou desconhecer o serviço, mas 3 (9,68%) responderam não saber as atribuições dos equipamentos citados, sendo que os 3 estavam na categoria 1-10 anos de SMS, informação relevante, pois demonstra a necessidade de maiores esclarecimentos sobre as atribuições destes serviços uma vez que são essenciais no que tange ao atendimento social dos usuários do território.

Costa *et al.* (2013) referem que os equipamentos assistenciais, principalmente CRAS e CREAS, tiveram atuações destacadas pelos entrevistados de sua pesquisa no que se refere às tentativas de articulação em rede para o manejo de situações envolvendo o uso de substâncias psicoativas. Embora os serviços de saúde sejam a principal porta de entrada de tais situações, o trabalho intersetorial é necessário para o manejo adequado destas tendo em vista a necessidade de suporte à vulnerabilidade social que é acarretada pelo uso de álcool e drogas.

Em relação aos encaminhamentos para a Casa da Mulher Brasileira, observa-se que dos profissionais que encaminharam, 25,81% apresentava 11-20 anos de atuação na SMS de Curitiba e que 6,45% ainda desconhecem o serviço.

O estudo de Gonsalves e Schraiber (2021) constatou que em algumas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, prevaleceu o desconhecimento dos

profissionais sobre como lidar com a violência de gênero e as dificuldades quanto às possibilidades de encaminhamento dos casos para os serviços especializados. Embora a UBS seja uma importante porta de entrada dos casos de violência, os profissionais tem dificuldade em manejar essa problemática. O não atendimento de mulheres em situação de violência pode estar mais relacionado à dificuldade da profissional de identificar a violência e manejá-la, do que à ausência das mulheres em situação de violência nas unidades básicas.

Quanto ao conhecimento acerca das organizações não-governamental/instituição religiosa/universidade que oferta algum atendimento de saúde específico para grupos vulneráveis e/ou grupos específicos, 11 participantes (35,4%), não conhecem nenhuma organização não-governamental/instituição religiosa/universidade que oferta algum tipo de atendimento dessa natureza.

Ao serem questionados se já trabalharam em algum serviço de saúde que recebeu/recebe adolescentes em conflito com a Lei para Prestação de Serviços Comunitários, 8 participantes (25,8%) responderam nunca ter trabalhado em algum equipamento de saúde que recebeu adolescentes em conflito com a lei para prestação de serviços comunitários, sendo que 10, 9 (29%) responderam não ter atendido um adolescente em conflito com a lei na sua rotina de trabalho. Tal constatação é relevante, pois o município de Curitiba, através do Decreto nº 341 de 2015, implementou o Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo (SIMASE), com a organização e articulação das políticas públicas para o atendimento de adolescentes em conflito com a lei, sendo que o atendimento socioeducativo é pautado na intersetorialidade e territorialidade, com articulação entre várias áreas do município e, dentre elas, a saúde (Curitiba, 2022).

Além dos prejuízos à sociedade, o envolvimento de adolescentes em delitos os expõe a situações de risco que podem acarretar agravos para a sua saúde e vida, sendo que a conduta delituosa persistente tem, entre outras associações, o uso de substâncias psicoativas, sendo que tal uso tem uma complexa relação com a impulsividade (Galinari; Vicari; Bazon, 2019). Dentro da população estudada e considerando as características do território em questão, no qual existem áreas de significativa vulnerabilidade, pode-se constatar algumas possíveis inconsistências na rotina de trabalho dos profissionais, principalmente quando consideramos que 51,6% dos profissionais nunca preencheram uma notificação de violência

interpessoal/autoprovocada, sendo que 32,2% nunca atenderam uma situação advinda de demandas judicializadas relacionadas à violação de direitos.

Alguns profissionais que se deparam com uma situação de violência podem considerar que o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada poderia deixá-los vulneráveis a uma situação de risco/perigo, tanto por receio de possíveis envolvimento em situações judiciais como sofrer retaliações da família ou do(s) autor(es) da violência (Polidoro; Cunda; Canavese, 2020).

O estudo de Salerno *et al. et al.* (2023) cita o aumento da ideação e do comportamento suicida entre os jovens latino-americanos nos EUA na última década, sendo a terceira principal causa de morte entre os jovens latino-americanos nesse país. Dessa forma, há uma lacuna na literatura científica no que tange à compreensão sobre os fatores psicossociais associados à ideação suicida entre os jovens imigrantes latinos, os quais são uma população emergente e vulnerável.

A inconsistência mencionada no presente estudo, referente aos valores de preenchimento de notificação de violência em relação a número de atendimentos situações ou demandas judicializadas poderia refletir ainda uma outra situação, a da prática profissional, em que essa situação específica pode ser atribuída ou personificada em algum profissional de “referência” e não uma atuação comum a todos da equipe.

Em relação ao conhecimento das dimensões utilizadas para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde (IVAB) instituído em Curitiba, todos os profissionais participantes conheciam o índice, embora 11 (35,4%) responderam desconhecer as dimensões que compõem esse índice.

- Conhecer a percepção dos profissionais sobre a aplicação do princípio da equidade em saúde na rotina de trabalho, bem como identificar se os profissionais participantes consideram necessário aumentar a visibilidade dos temas relacionados a esse princípio nas ações de educação permanente:

Quando questionados se os profissionais teriam interesse em participar de capacitações sobre temas relacionados ao conceito de equidade em saúde, 29 profissionais (93,5%) responderam ter interesse em participar de capacitações sobre

esse conceito, constatação de extrema importância, pois o a demonstração de interesse pelo tema por parte dos profissionais é essencial para o êxito nas capacitações.

Em relação à pergunta aberta, na qual o profissional deveria citar um exemplo que aplicou o princípio da equidade na rotina de trabalho, observou-se que, dentre os 31 participantes, 10 relataram não terem utilizado, não lembram ou não responderam.

Dos 21 profissionais que citaram um exemplo, pode-se elencá-los em nas mesmas 4 categorias principais que foram observadas na análise dos artigos citados na revisão integrativa referenciada no capítulo II.

Na categorização das respostas, foi possível estabelecer subtemas, os quais serão discutidos a seguir:

- Sistemas de informação e tecnologia em saúde – os subtemas citados pelos profissionais nessa categoria foram: agendamento de consultas, tele regulação de especialidades e estratificação de risco

Dentre os resultados encontrados nesse estudo, ressalta-se a correlação do termo equidade com os sistemas de informação e tecnologias em saúde, o que traz reflexões sobre a hipótese da equidade inversa, a qual refere que as inovações em saúde em um primeiro momento são acessíveis apenas aos mais privilegiados economicamente, trazendo maiores desigualdades em saúde.

- Vulnerabilidade social – vulnerabilidade, situação de rua, risco social, inscritos em programas sociais
- População específica – transgêneros, estrangeiros
- Princípio relacionado ao SUS, ESF e redes de atenção - programas específicos da US (gestantes), tratamento para dependentes químicos, priorização

O debate sobre vulnerabilidade, além de características individuais, refere sobre demandas relacionadas a grupos específicos como: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas (Rocha *et al.*, 2022).

Estudos demonstram que a população negra do Brasil está mais exposta a vulnerabilidades e violências e questões de gênero definem a realidade de mulheres, inclusive indígenas, ressaltando a importância de avaliar a vantagem individual de pessoas submetidas à negação de direitos e iniquidades (Santos, 2020).

Desta forma, foi possível observar que 10 profissionais participantes (32,25%) ficaram na categoria não utilizou/não lembra/não respondeu, o que não significa que não realizam ações promotoras de equidade em saúde no cotidiano de trabalho, mas que provavelmente não as identificam com essa correlação, visto que trabalhar em um território com significativa vulnerabilidade com acesso à ferramentas de informação em saúde significativas na rotina laboral pode trazer subsídios primordiais para que suas ações diárias tenham potencial associação com este princípio.

## **CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

### **5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As presentes considerações finais realizam uma síntese integradora da dissertação, referentes aos dois capítulos, sendo que no capítulo III (eixo 2) algumas discussões já mencionaram os achados da revisão integrativa (eixo 1, capítulo II).

Com base nos resultados gerados nos dois capítulos desta pesquisa, ressalta-se a importância de inserir o conceito de equidade no currículo do ensino básico, objetivando a familiarização com o tema já na primeira infância, bem como sua inclusão no currículo das carreiras da área da saúde de nível superior, principalmente no que tange a saúde pública/coletiva.

Durante o levantamento de dados, ficou clara a importância do assunto em termos de saúde pública, mas observou-se que o contato maior com as capacitações sobre saúde de grupos específicos/vulneráveis relacionados ao conceito de equidade deu-se pelos profissionais com pós-graduação em ESF/saúde pública/saúde coletiva, o que pode demonstrar que o princípio da equidade não é tratado de forma mais rotineira nas outras áreas, ressaltando a importância da inclusão do tema nos demais currículos de graduação e pós-graduação da área da saúde e até mesmo de outras áreas, tendo em vista a importância do conceito.

Observou-se similaridade entre o tempo de formação e o tempo de atuação na SMS dos profissionais participantes, o que indica que estes tendem a ingressar recém-formados e fazer carreira na área pública, demonstrando a importância de investir em capacitações com os temas relacionados à equidade durante o processo de integração ao serviço público. Tais capacitações seriam importantes para apresentar e familiarizar os profissionais da saúde quanto aos protocolos relacionados à equidade preconizados pelo Ministério da Saúde e relacioná-los com a realidade do território que atuarão.

Os profissionais com menor tempo de atuação na SMS e de formação deveriam ter maior contato com os temas apresentados, pois trata-se de protocolos mais recentes, porém apresentaram menor conhecimento. De acordo com os resultados, os profissionais com mais tempo de atuação na SMS tiveram maior contato com os temas, o que pode ter sido ocasionado pela experiência diária no trato com a

população do território em que atua e observação de situações diversas na rotina de trabalho.

Pressupõe-se que os demais profissionais que não responderam à pesquisa e que não possuem pós-graduação em saúde pública/saúde coletiva/ESF também apresentam as mesmas lacunas quanto ao contato e capacitações sobre os temas relacionados a equidade apresentados nesse estudo. Frente ao exposto, sugere-se o estímulo dos profissionais para a realização de cursos de pós-graduação nas áreas referidas, uma vez que foi observado que aqueles que as cursaram tiveram maior contato com os temas relacionados à equidade.

Constatou-se também que os profissionais participantes consideraram importante ou muito importante a existência de políticas públicas específicas para grupos vulneráveis, questão indispensável quando se considera a elaboração de capacitações, pois o interesse dos participantes é primordial para um treinamento efetivo.

Ressalta-se a importância de aumentar a visibilidade do princípio da equidade com a realização de capacitações/sensibilizações sobre os temas diretos e transversais a esse conceito as quais poderiam ser conduzidas, preferencialmente, com a escuta ativa dos profissionais, visando compreender as demandas observadas no cotidiano de trabalho e aumentar a resolutividade.

Ao comparar os dois eixos principais deste estudo (capítulos II e III), observou-se relação entre os resultados encontrados na revisão integrativa e as respostas dos profissionais participantes.

O princípio da igualdade é historicamente e empiricamente mais conhecido pelos cidadãos, pois é de um princípio constitucional amplamente divulgado. Frente a isso, faz-se necessária uma mudança de paradigma escolar e social, na qual a discussão da equidade deve ser rotineira e ser vista como base e ferramenta fundamental para promover justiça social, estendendo o debate para todas as áreas da vida, incluindo a saúde.

## 5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

As principais limitações do estudo no eixo 1 (capítulo II) foram:

- Revisão integrativa realizada na BVS
- Não inclusão de documentos e/ou portarias

Como sugestão a ampliação de mais pesquisas em portais de dados e até mesmo a realização de uma pesquisa documental com o tema de equidade.

As principais limitações do estudo no eixo 2 (capítulo III) foram:

- A dificuldade em adesão dos profissionais a participarem da pesquisa, possivelmente pelas limitações éticas da divulgação e pelo pouco interesse dos profissionais
- Tempo limitado de disponibilização do formulário de pesquisa, de maneira a atender ao cronograma
- Tamanho amostral pequeno dificultou análises estatísticas mais profundas

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; COSTA, A. M.; LIMA, L. P.; MELO FILHO, D. A. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**, p. 73–82, 2011.
- ALMEIDA, E. S. de; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. DE S.; BARBOSA, A. C. Q.; SOUZA, M. N.; CALAZANS, J. A.; CARVALHO, L. R.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. Family health strategy and equity in prenatal care: A population based cross-sectional study in Minas Gerais, Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, 21. jan. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: edição revisada e ampliada (Edições 70). São Paulo, 2011.
- BIERMAN, A. S.; MISTRY, Kamila B. Commentary: Achieving Health Equity—The Role of Learning Health Systems. **Healthcare Policy**, v. 19, n. 2, p. 21, 2023.
- BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C.. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00108116, 2017.
- BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO UPF**, n. 1, p. 77–81, 2009.
- BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B. Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à atenção primária à saúde do sudeste brasileiro. **Espaço saúde (Online)**, p. 14–26, 2016.
- BRASIL. **1º da lei complementar nº 40** de 14 de dezembro de 1981.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- BRASIL. **Decreto n. 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 12.435 de 6 de Julho de 2011<sup>a</sup>**. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Políticas de Promoção da equidade em Saúde** [Internet]. [Brasília]. 2023. Disponível em: <[https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/painel\\_equidade](https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/painel_equidade)>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, p. 46-47, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 06/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria n.2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, M. L. de M.; COSTA, P. P.; COSTA, D. M.; XAVIER, C.; SOUZA, R. M. P. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1489-1500, 2017.

CARLOS, A. E. M. A educação permanente em saúde como estratégia de ampliação da equidade. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 45, p. S902-S903, 2023.

CARVALHO, S. C.; CARVALHO, L. C.; FERNANDES, J. G.; SANTOS, M. J. S. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: O caso da doença falciforme. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 711–718, 2014.

CARVALHO, A. M. P.; SILVA, G. A.; RABELLO, E.T. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, p. 590-598, 2020.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COSTA, J. S. D.; CESAR, J. A.; PATUSSI, M. P.; FONTOURA, L. P. Child healthcare: Completion of health records in municipalities in the semi-arid region of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 3, p. 219–227, 1. jul. 2014.

COSTA, S. T.; RODRIGUES, A. I. S.; SILVA, A. F.; PAUFERRO, B. C. S; CRUZ, G. M.; SANTOS, A. S. F.; SALES, M. S. M. A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, p. 941–8, 2021.

COSTA, P. H. A.; LAPORT, T. J.; MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 110-121, 2023.

CROCHEMORE -SILVA, I.; KNUTH, A. G.; MIELKE, G. I.; LOCH, M. R. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00155119, 2020.

CURITIBA. **Decreto n. 638 de 21 de junho de 2018**. Institui o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde – IVAB na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Curitiba, 2018.

CURITIBA. **Decreto n. 1039 de 20 de julho de 2022**. Altera o Decreto Municipal n.º 638, de 21 de junho de 2018, para atualizar o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde - IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, 2022.

CURITIBA. **Fundação de Ação Social – FAS**. Disponível em: <<https://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?id=44>>. Acesso em 16 mar. 2023a.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Administrações Regionais. **O que são regionais?** 2023b. Disponível em: <<https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/o-que-sao-regionais/80>>. Acesso em 25 mar. 2023.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Educação. Secretaria Municipal da Saúde. Fundação de Ação Social C975. **Protocolo Intersectorial do Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo de Curitiba**. Curitiba, PR: SMSE, 2022.

DAVY, C.; HARFIELD, S., McARTHUR, A., MUNN, Z., BROWN, A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. **International journal for equity in health**. v. 15, p. 1-9, 2016.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 223-239, 2019.

GALLEGO-PÉREZ, D.F.; ABDALA, C. V. M.; AMADO D. M.; SOUSA, I. M. C.; ALDANA-MARTINEZ, N. S; GHELMAN, R. Equity, intercultural approaches, and access to information on traditional, complementary, and integrative medicines in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of**

**Public Health**, v. 45, 2021.

GALINARI, L. S.; VICARI, I. D. A.; BAZON, M. R. (2019). Fatores associados ao cometimento de atos infracionais na adolescência. **Psico**, v. 50, n. 4, p. e34094-e34094, 2019. doi: 10.15448/1980-8623.2019.4.34094.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. de S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GIRALDO, O. A.; VÉLEZ A. C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Atención primaria**, v. 45, n. 7, p. 384-392, 2013.

GONSALVES, E.; SCHRAIBER, L. B. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. Rev. **Saúde Debate**. v. 45, n. 131, P. 958-969, Rio de Janeiro, OUT-DEZ 2021.

GUIMARÃES, R. C. P.; CAVADINHA, E. T.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitário de Saúde? **Tempus (Brasília)**, p. 121–39, 2017.

HARZHEIM, E. New funding for a new Brazilian Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361-1374, 2020

HENRY, T. L. *et al.* Health equity: the only path forward for primary care. **The Annals of Family Medicine**, v. 20, n. 2, p. 175-178, 2022. Erratum in: Ann Fam Med. 2022 May-Jun;20(3):203. PMID: 35165088; PMCID: PMC8959751.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IPPUC – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Retrato das Regionais** – Regional CIC. IPPUC, 2013.

IPPUC – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Diagnóstico Regional** – Regional CIC. IPPUC, vol. 6/10, 2021.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E. A. Vaccination coverage among children under two years of age based on electronic immunization registry in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 90–98, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, p. 18–37, 2018.

MARQUES JUNIOR, E. T. A.; MACIEL FILHO, R.; AUGUST, P. N. Overcoming health inequity: potential benefits of a patient-centered open-source public health infostructure. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 547–57, 2008.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MOREIRA, G. E. Por trás do monograma do movimento LGBTQIAPN+. **Revista Temporis**, v. 22, n. 02, p. 20-20, 2022.

NASCIMENTO, L. C.; VIEGAS, M. F.; MENEZES, C.; ROQUINI, G. R.; SANTOS, T. R. SUS in the lives of brazilians: Care, accessibility, and equity in the daily life of primary health care users. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1–17, 2020. Institute de Medicina Social da UERJ.

OLIVEIRA, M. P. R.; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M., PEIXOTO, M. R. G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista brasileira de educação médica**, v. 40, p. 547-559, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição**. Genebra: OMS, 1948.

ONUOHA, C.; TSAI, J.; KHAZANCHI, R. Using Critical Pedagogy to Advance Antiracism in Health Professions Education. **AMA Journal of Ethics**, v. 26, n. 1, p. 36-47, 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça**. Brasília, 2018.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. de M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 63-73, 2016.

PENN, D. *et al.* **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; RIBEIRO, I. K. Equidade no acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: uma reflexão teórica. **Rev Enferm Cent-Oeste Min**, 2016.

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; CANAVESE, D. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 195-206, 2020.

RICHARDSON, S. C., WILLIAMS, J. A., VANCE, M. M. *et al.* Informing Equitable Prevention Practices: A Statewide Disaggregated Analysis of Suicide for Ethn racially Minoritized Adolescents. **Prevention Science**, p. 1-13, 2024

ROCHA, D. G.; SOUZA, D. H.; CAVADINHA, E. Equidade nos cursos de graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180017, 2019.

ROCHA, E. S. C.; TOLEDO, N.N.; PINA R. M. P.; PEREIRA R. S. F.; SOUZA, E. S. (Orgs.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade** Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 128 p.

ROMANO, V. F. Inclusão não-homofóbica: um diálogo entre estudantes de medicina e travestis. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, p. 99–105, 2007.

SALERNO *et al.* Profiles of psychosocial stressors and buffers among Latinx immigrant youth: Associations with suicidal ideation. **Psychiatry Research**, v. 330, p. 115583, 2023.

SANTOS, I. L. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. **Revista Bioética**. v.28, n.2, abril-jun, 2020.

SANTOS, C. M.; BARBIERI, A. R.; GONÇALVES, C. C. M.; TSUHA, D. H. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saude Publica**, 2017.

SARKIS-ONOFRE, R. *et al.* How to properly use the PRISMA Statement. **Systematic Reviews**, v. 10, p. 1-3, 2021.

SILVA, L. M. V; Almeida Filho, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. suppl 2, p. s217-s226, 2009.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; PIRES, D. E. P. de; SCHOELLER, S. D.; SIPRIANO, C. A. de S. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, p. 1–7, 2015.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V. da; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da " questão social". **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 44-56, 2013.

TURESSO, J. F.; MÉLO, T.R. Equidade em saúde na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Diversa**, v. 16, n.2, p. 546-562, 2023.

WHITE, F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. **Medical Principles and Practice**, v. 24, n. 2, p. 103-116, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

## APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO

*Realizado pelo google forms*

Dados Profissionais e Pessoais:

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação no curso superior: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na SMS: \_\_\_\_\_

Tem Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não

Se pós-graduado, sua pós-graduação é relacionada à saúde pública, saúde coletiva ou Estratégia Saúde da Família? ( ) Sim ( ) Não

Assinale a alternativa que mais adequa-se às suas vivências:

1. Durante seu curso de formação (superior), você considera que o princípio da equidade em saúde foi apresentado e discutido de forma adequada?  
( ) Sim  
( ) Não
  
2. Você já participou de alguma capacitação/treinamento voltado à saúde dos grupos abaixo? Se sim, qual grupo (pode assinalar mais de 1 opção):  
( ) Populações do Campo, da Floresta, das Águas (PCFAs) Povos e Comunidades Tradicionais(PCTs)  
( ) Adolescentes em Conflito com a Lei  
( ) População em situação de rua  
( ) População negra  
( ) População cigana  
( ) População LGBTQIA+  
( ) Pessoas com albinismo  
( ) Nunca participei
  
3. Quanto você considera importante existirem políticas públicas específicas para o cuidado da saúde de grupos vulneráveis?  
( ) Muito importante  
( ) Importante  
( ) Não é importante  
( ) Indiferente
  
4. Na rotina do seu trabalho, você já utilizou uma recomendação específica estabelecida por algum protocolo para atendimento de saúde de pessoas vulneráveis?  
( ) Sim  
( ) Não

5. Você passou por alguma situação em que teve que acionar o consultório na rua responsável pelo território que você trabalha?
- ( ) Sim  
( ) Não
6. Você sabe qual a atribuição dos equipamentos da FAS – Fundação de Ação Social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), no seu território?
- ( ) Sim  
( ) Não  
( ) Desconheço esse serviço
7. Você já encaminhou alguma situação para a Casa da Mulher Brasileira?
- ( ) Sim  
( ) Não  
( ) Desconheço esse serviço
8. Você conhece alguma organização não-governamental/instituição religiosa/universidade que oferta algum atendimento de saúde específico para grupos vulneráveis?
- ( ) Sim  
( ) Não
9. Já trabalhou ou trabalha em algum serviço de saúde que recebeu/recebe adolescentes em conflito com a Lei para Prestação de Serviços Comunitários?
- ( ) Sim  
( ) Não
10. Na sua rotina de trabalho, você já atendeu um adolescente em conflito com a lei?
- ( ) Sim  
( ) Não
11. Você já preencheu alguma ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada na sua rotina de trabalho?
- ( ) Sim  
( ) Não
12. Você conhece as dimensões utilizadas para o cálculo do IVAB - Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde – instituído em Curitiba no ano de 2018?
- ( ) Sim  
( ) Não  
( ) Desconheço esse índice

13. Você já atendeu alguma situação judicializada (exemplo: Ministério Público) em virtude da suspeita de violação de direitos do indivíduo no território em que você atua?

( ) Sim

( ) Não

14. Você tem interesse em participar de capacitações sobre temas relacionados ao conceito de equidade em saúde?

( ) Sim

( ) Não

15. Cite um exemplo em que você utilizou o princípio da equidade em saúde em sua rotina de trabalho.

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*online*)

Eu, Tainá Ribas Mélo, professora, pesquisadora principal, do programa de pós-graduação e a aluna de mestrado Juliane Fatima Turesso do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de nível superior atuante na Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário CIC a participar de um estudo intitulado: Equidade na prática: conhecimento e considerações dos profissionais de saúde de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Curitiba/PR sobre o princípio da equidade em saúde. A pesquisa se justifica tendo em vista as características da população residente na área de abrangência do Distrito Sanitário CIC, o qual apresenta áreas de alta vulnerabilidade com ocupações irregulares, altas taxas de violência urbana, número significativo de notificações de violência interpessoal/autoprovocada e índice significativo de gravidez na adolescência. A realidade citada justifica a importância de identificar o conhecimento dos profissionais sobre equipamentos sociais e políticas públicas envolvidas no cuidado em saúde de populações vulneráveis para atender a população de forma justa considerando-se os determinantes sociais da saúde.

a) O objetivo desta pesquisa é identificar o conhecimento e as considerações dos profissionais das carreiras de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário CIC acerca do princípio da equidade em saúde e as políticas públicas envolvidas.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário responder um breve questionário on-line composto por perguntas relacionadas ao tema, as quais tratarão sobre o seu conhecimento em relação às políticas públicas de saúde voltadas a grupos específicos, sobre os equipamentos sociais presentes no território onde você atua e as políticas públicas envolvidas, bem como suas percepções acerca do princípio da equidade em saúde.

c) Para tanto você deverá acessar o link disponibilizado para o preenchimento do questionário de forma on-line, o qual levará aproximadamente 05 minutos. Para registrar o seu consentimento, basta ler este Termo e fazer o aceite clicando o item “Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar da pesquisa”. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a algum tema tratado nas perguntas.

e) Riscos eventuais relacionados ao estudo como desconforto em relação à alguma pergunta do questionário ou receio da quebra de sigilo de informações, serão minimizados com o direito que frente a desconforto referente à alguma pergunta, você pode parar a pesquisa imediatamente e em relação ao sigilo das informações os pesquisadores garantem confidencialidade dos dados e resposta dos questionários de acesso apenas nos pesquisadores. Como a pesquisa será realizada em ambiente virtual existe o risco de vazamento de dados, o que será minimizado com o acesso aos dados coletados somente pelos pesquisadores, os quais serão baixados e mantidos sob sigilo da pesquisa.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa referem-se à possibilidade de os resultados subsidiarem ações de gestão e planejamento de maneira a aprimorar a atenção em saúde e capacitar profissionais conforme possíveis demandas identificadas.

g) Os pesquisadores Tainá Ribas Mélo e Juliane Fatima Turgesço responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Rua Manoel Valdomiro de Macedo, 2460, sobreloja, e-mail: julianeft@yahoo.com.br, telefone: (41) 3221-2881, das 8h às 18h, de segunda à sexta-feira para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você também pode me contatar Tainá Ribas Mélo, e-mail: ribasmelo@ufpr.br, telefone: (41) 3360-7271, das 8h às 18h, de segunda à sexta-feira.

h) O material obtido para este estudo será utilizado unicamente para essa pesquisa e será armazenado pelo período de cinco anos após o término do estudo. (Resol. 441/2011, 466/2012 e 510/2016).

i) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome. Ressalto a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.

j) A sua participação no estudo não acarretará custos para você e você também não terá nenhuma compensação financeira adicional. Eventuais custos adicionais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. No caso de você sofrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você terá direito a requerer indenização por meio de vias judiciais de acordo com o Código Civil, Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954 3 Resolução CNS nº 510, de 2016, Artigo 9º, Inciso VI.

k) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O contato do CEPSMS Curitiba é Rua Atílio Bório, 680, Cristo Rei, Curitiba, PR – Telefone: (41) 3360-4961 – E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, (\_\_\_\_\_) li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

( ) Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

( ) Não concordo em participar do estudo.

## APÊNDICE 3 - CONVITE À PESQUISA



# CONVITE PESQUISA

## EQUIDADE EM SAÚDE

FORMULÁRIO ONLINE (tempo estimado: 5 minutos)

### PODEM PARTICIPAR

Profissionais de Saúde atuantes na DSCIC

Médicos(as)  
Cirurgiões-Dentistas  
Enfermeiros(as)  
Nutricionistas  
Psicólogos(as)  
Farmacêuticos(as)  
Orientador(a) em Esporte e Lazer  
Fisioterapeutas  
Fonoaudiólogos(as)

### COMO PARTICIPAR

Acessando o QR Code abaixo

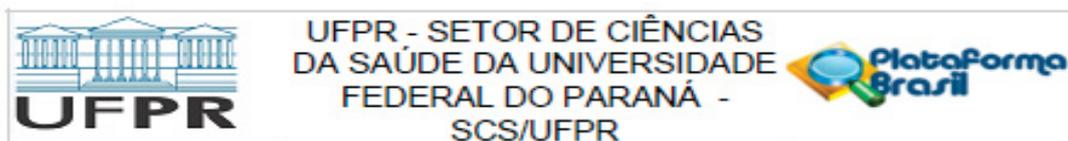


Pesquisadoras: Juliane Fatima Turesso (Mestranda)  
Tainá Ribas Mélo (Docente Responsável)

Contato: [julianefteyahoo.com.br](mailto:julianefteyahoo.com.br)

 (41) 99688-3117

## ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Equidade na prática: conhecimento e considerações dos profissionais de saúde de nível superior atuantes na atenção primária à saúde de um distrito sanitário do Município de Curitiba/PR sobre o princípio da equidade em saúde

**Pesquisador:** Tainá Ribas Mélo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 63880922.7.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.771.767

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta as pendências do protocolo de Pesquisa intitulado Equidade na prática: conhecimento e considerações dos profissionais de saúde de nível superior atuantes na atenção primária à saúde de um distrito sanitário do Município de Curitiba/PR sobre o princípio da equidade em saúde.

Tem como pesquisadora principal Tainá Ribas Mélo e colaboradora Juliane Fatima Turesso.

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em em Saúde Coletiva

A pesquisa será realizada no Distrito Sanitário CIC-Curitiba/PR

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar o conhecimento e as considerações dos profissionais das carreiras de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário CIC acerca do princípio da equidade em saúde e as políticas públicas envolvidas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as pesquisadoras:

**Riscos:**

Em relação aos riscos, há a possibilidade de eventual desconforto em relação à alguma pergunta

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

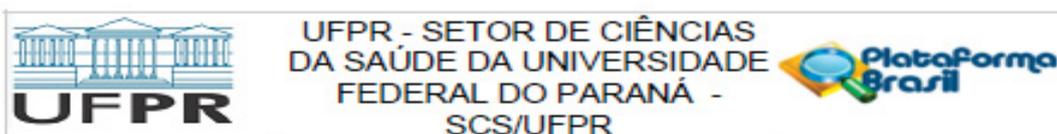
**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.771.767

Outros	Extrato_Atta.pdf	30/09/2022 17:49:26	Tainá Ribas Mélo	Aceito
Outros	checklist.docx	30/09/2022 09:04:24	Tainá Ribas Mélo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/09/2022 09:03:10	Tainá Ribas Mélo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_comite.docx	30/09/2022 09:01:17	Tainá Ribas Mélo	Aceito
Declaração de concordância	Ciencia_Campo_interesse.pdf	29/09/2022 11:11:40	Tainá Ribas Mélo	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PESQUISADOR_AO_CEP_UFPR.pdf	29/09/2022 11:04:17	Tainá Ribas Mélo	Aceito
Outros	ANALISE_MERITO.pdf	29/09/2022 10:58:10	Tainá Ribas Mélo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_ASSINADAPPGSC.pdf	29/09/2022 10:55:07	Tainá Ribas Mélo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 23 de Novembro de 2022

---

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 2 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA -  
SMS/CTBA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Equidade na prática: conhecimento e considerações dos profissionais de saúde de nível superior atuantes na atenção primária à saúde de um distrito sanitário do Município de Curitiba/PR sobre o princípio da equidade em saúde

**Pesquisador:** Tainá Ribas Mélo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 63880922.7.3001.0101

**Instituição Proponente:** Prefeitura Municipal de Curitiba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.932.062

#### Apresentação do Projeto:

O distrito sanitário CIC (DSCIC) é uma descentralização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e é responsável pelo cuidado em saúde da população adstrita pela área de abrangência da regional CIC. A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e objetiva promover e organizar o cuidado em saúde considerando as características específicas de cada indivíduo e as realidades diversas nas quais cada um está inserido, o que é essencial para tornar a sociedade mais inclusiva tendo em vista os determinantes sociais da saúde. Esse estudo tem como objetivo identificar o conhecimento e as considerações dos profissionais de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) do distrito sanitário CIC sobre o princípio da equidade em saúde e as políticas públicas envolvidas. Serão convidados para participar da pesquisa profissionais de saúde das carreiras de nível superior que atuam na APS do referido distrito sanitário, a qual será realizada a partir de um questionário on-line, composto por perguntas fechadas e abertas, que tratarão de assuntos relacionados ao princípio da equidade em saúde. Os resultados das perguntas fechadas serão analisados por meio de estatística descritiva e as abertas serão verificadas pelo software específico para análise de conteúdo. Espera-se que os resultados possam trazer indícios sobre o efetivo conhecimento e prática dos profissionais no que refere-se ao princípio da equidade em saúde na rotina diária de trabalho, bem como a necessidade de maior visibilidade ao tema em capacitações e sensibilizações dos referidos profissionais.

**Endereço:** Rua Francisco Torres, 830

**Bairro:** Centro

**CEP:** 80.060-130

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

CNPJ	Nome da Instituição
76.417.005/0004-29	Prefeitura Municipal de Curitiba
76.417.005/0004-29	Prefeitura Municipal de Curitiba

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

<b>Endereço:</b> Rua Francisco Torres, 830	<b>CEP:</b> 80.060-130
<b>Bairro:</b> Centro	
<b>UF:</b> PR <b>Município:</b> CURITIBA	
<b>Telefone:</b> (41)3360-4961	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br">etica@sms.curitiba.pr.gov.br</a>

Página 08 de 09

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA -  
SMS/CTBA



Continuação do Parecer: 5.932.062

CURITIBA, 08 de Março de 2023

---

**Assinado por:**  
**antonio dercy silveira filho**  
**(Coordenador(a))**