

## ARTIGO ORIGINAL

# A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde

## *Equity in the daily work of the SUS: social representations of Primary Health Care professionals*

Alessandra Montezano de Paula Carvalho<sup>1</sup> , Girlene Alves da Silva<sup>2</sup> , Elaine Teixeira Rabello<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Medicina e Enfermagem - Viçosa (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Departamento de Enfermagem - Juiz de Fora (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social, Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**Como citar:** Carvalho AMP, Silva GA, Rabello ET. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cad Saude Colet*, 2020;28(4):590-598. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>

### Resumo

**Introdução:** Trata-se de um estudo qualitativo sobre o princípio da equidade utilizando a Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico-metodológico. **Objetivo:** Analisar as representações sociais do princípio da equidade segundo os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** Foram realizadas entrevistas com uso de roteiro semiestruturado com enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas que atuam na ESF. Os discursos foram sistematizados com o software OpenLogos e analisados de acordo com a estratégia de Análise de Conteúdo de Bardin, tomando a perspectiva conceitual da TRS como base de discussão. **Resultados:** As categorias analíticas do estudo foram: “as representações sociais dos profissionais sobre a equidade como princípio do SUS” e “as representações dos profissionais sobre a equidade na prática profissional”. As entrevistas apontam para um entendimento não único de equidade entre os participantes. Além disso, a operacionalização desse princípio é circunscrita pela percepção individual do termo sob as premissas de “equidade em saúde” ou “equidade no uso de serviços de saúde”. **Conclusão:** Os resultados apontam para as noções de equidade subjacentes à lógica do cuidado no contexto brasileiro, levando em conta o orçamento limitado e as grandes demandas do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** equidade; equidade em saúde; prática profissional; estratégia saúde da família.

### Abstract

**Background:** This is a qualitative study on the principle of equity using the Theory of Social Representations (TSR) as a theoretical-methodological framework. **Objective:** To analyze the social representations of the principle of equity according to the health professionals of the Family Health Strategy (FHS). **Method:** Semi-structured interviews were performed with nurses, doctors, and surgeon-dentists who work in the FHS. The speeches were systematized with the software OpenLogos and analyzed according to Bardin's Content Analysis strategy, taking the TRS conceptual perspective as a basis for discussion. **Results:** The analytical categories in the study were: “the social representations of professionals about the equity as a principle of SUS” and “the representations of professionals about the equity in professional practice”. The interviews point to a not unique understanding of equity among the participants. Besides, the operationalization of this principle is circumscribed by the individual perception of the definition of the term under the premise of “health equity” or “equity (fairness) in the use of health services”. **Conclusion:** The results point towards the notions of equity underlying the logic of care in the Brazilian context, taking into account the limited budget and the big demands from the healthcare system.

**Keywords:** equity; equity in health; professional practice; family health strategy.

Trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família – Viçosa (MG), Brasil.

Correspondência: Alessandra Montezano de Paula Carvalho. E-mail: aledemufv@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Maio 06, 2017. Aprovado em: Dez. 04, 2019



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUÇÃO

A palavra equidade tem a mesma raiz etimológica do termo em latim *Aequale* para nomear “iguais”. Logo sua gênese, em uma acepção mais geral, se refere ao princípio da igualdade<sup>1,2</sup>. Há em comum uma discussão em torno da noção da equidade que se aproxima do sentido tradicional como igualdade, mas também como julgamento valorativo de situações singulares, sob a lógica de noções genéricas de justiça<sup>3</sup>.

Numa relação entre equidade e igualdade, em termos de meios e fins, pode-se pensar a igualdade como um estado que se pretende alcançar com a justiça, ao passo que a equidade se refere às estratégias de pesquisa ou às políticas públicas que pretendem superar a desigualdade entre aqueles que alcançaram e os que não alcançaram a igualdade desejada<sup>3,4</sup>.

Nesse sentido, a compreensão de equidade teria um valor de justiça, na medida em que, tomando Aristóteles<sup>5</sup> e Rawls<sup>6</sup> como referência, seria mais do que tratar todos numa perspectiva de igualdade — equidade horizontal — mas sim, de buscar dar mais a quem precisa de mais — equidade vertical<sup>7,8</sup>.

A polissemia de sentidos atribuídos à equidade por pensadores e filósofos está interligada aos sistemas de valores morais, à concepção de organização social e econômica a que cada discurso se refere<sup>3</sup>. Para tanto, advoga-se, neste estudo, que a equidade deve ser usada como um instrumento normativo confiável para medir eventuais diferenças ou desigualdades injustas no estado de saúde de indivíduos ou grupos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconheceu e deu força institucional a direitos sociais como o de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção, que passaram a refletir a opção de se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena em um sistema de saúde outrora excludente e desigual antes de 1988. No entanto, o próprio termo “equidade em saúde” é pouco encontrado na legislação brasileira relativa à saúde bem como nos relatórios das conferências nacionais de saúde<sup>3,9-11</sup>.

O conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead<sup>12</sup>, no consagrado texto “The concepts and principles of equity in health”, em que o objeto de valor é a criação de igualdade de oportunidades no âmbito do acesso à saúde. Para a autora, equidade em saúde exige que, idealmente, os indivíduos devem ter justas oportunidades para desenvolver seu potencial em saúde e que ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo.

A equidade em saúde, portanto, constitui-se como corretor das situações de igualdade, na medida em que a adoção de políticas deveria reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultantes dos fatores considerados evitáveis e injustos<sup>13</sup>.

Assim, cresce em importância a noção de equidade, principalmente em relação à distribuição de recursos, que admite que somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade<sup>14</sup>.

A igualdade no acesso e a pluralidade das necessidades de uma população pressupõem que, em um sistema de saúde, o setor público faça a distribuição dos serviços de saúde corresponder ao perfil das necessidades das populações. Para tanto, na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge na tentativa de reorientação do modelo assistencial mais próximo da vida das pessoas, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades<sup>15</sup>.

Assim sendo, para compreensão do contexto em que os profissionais de saúde estão inseridos e de suas reações subsequentes a ele, tomando como foco a equidade, importa acessar o universo de conhecimentos, crenças e atitudes dos profissionais, ou seja, suas representações sociais sobre este princípio e o alcance prático de suas propostas.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre o princípio da equidade.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza a Teoria das Representações Sociais (TRS)<sup>16</sup> como referencial teórico-metodológico, com intuito de acessar os modos de fazer, pensar e

sentir habituais que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e de grupos específicos<sup>17</sup>. Permite também desvelar processos sociais pouco conhecidos e propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos, ainda que possua a limitação de revelar a realidade estudada numa determinada conjuntura histórica<sup>16-18</sup>.

O desenho metodológico envolveu vinte profissionais de saúde de nível superior, dentre enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, de oito Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que funcionam na lógica da ESF, no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais. A escolha dessas categorias profissionais pautou-se na necessidade de estudos que realizem a análise dessas três profissões conjuntamente<sup>19,20</sup>, ao reconhecermos que devem se articular no cerne do processo de trabalho da ESF, adequados à consecução dos princípios do SUS, conforme a nova política de saúde<sup>21</sup>.

Posteriormente ao levantamento dos possíveis participantes do estudo, efetuou-se um primeiro contato aleatório, via telefone, com a ESF de referência dos profissionais, para o agendamento prévio das entrevistas nas UAPS. Estas seguiram um roteiro semiestruturado tomando como base os seguintes questionamentos: o que sabem os profissionais de saúde da ESF sobre o princípio da equidade em saúde? Como eles acreditam ser possível operacionalizar esse conceito no cotidiano dos serviços de saúde?

Os participantes foram muito receptivos à presença da pesquisadora. Obteve-se resposta de todos os investigados de forma cordial e com momentos de pausa nos depoimentos (reticências) para reflexão, com uma duração média de quarenta minutos por entrevista. Não houve fatores dificultadores neste processo. As entrevistas ocorreram entre março e junho de 2015, foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Os participantes foram identificados pela sigla ENF, DENT e MED conforme sua categoria profissional (enfermeiro, dentista e médico, respectivamente). Os números arábicos indicaram a ordem de realização das entrevistas por categoria.

Os discursos foram sistematizados com o software OpenLogos<sup>22</sup>, um gerenciador de dados textuais. A análise ocorreu por meio da estratégia de análise de conteúdo de Bardin<sup>23</sup>, envolvendo as três etapas: (1) pré-análise; (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação, tomando a perspectiva conceitual da TRS como base de discussão. Foram definidas duas categorias: “as representações sociais dos profissionais sobre a equidade como princípio do SUS” e “as representações sociais dos profissionais sobre a equidade na prática profissional”. Essas categorias foram contrapostas às observações e estudos bibliográficos para direcionar as discussões e conclusões do estudo.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o nº 965.414, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com os seres humanos<sup>24</sup>. Foi solicitado e registrado o consentimento livre e esclarecido dos profissionais para participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o seu anonimato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

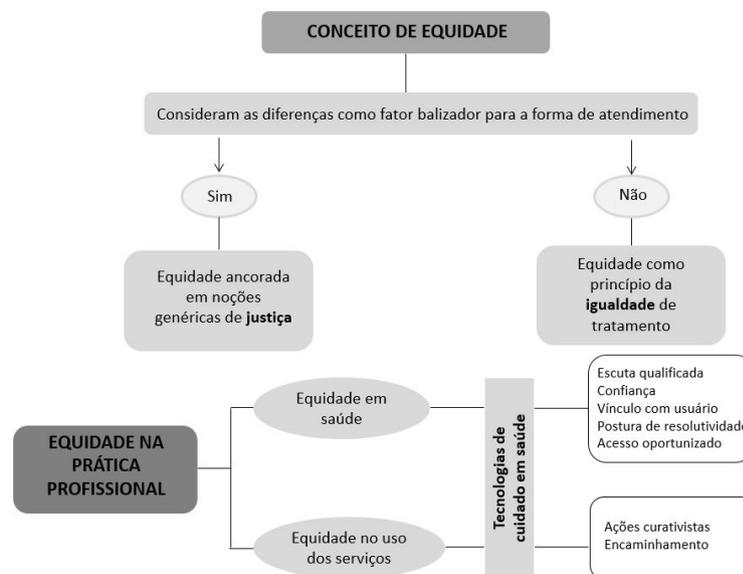
### Caracterização dos sujeitos

Entre os vinte sujeitos do estudo, a idade variou de 28 a 66 anos, com idade média de 40 anos. Dezesesseis entrevistados eram do sexo feminino e quatro, do sexo masculino. Em relação à categoria profissional, oito participantes eram enfermeiros, sete médicos e cinco cirurgiões-dentistas. Dentre eles, dezessete eram casados, dois solteiros e um divorciado. Em relação à religião, dez eram católicos, três de orientação espírita, dois evangélicos e cinco referiram não praticar qualquer mediação religiosa.

Quanto ao tempo de formação acadêmica, apenas um participante apresentava tempo inferior a um ano, doze possuíam de 4 a 10 anos de formação e os demais, de 11 a 42 anos. Dezesete eram pós-graduados em Saúde da Família ou Saúde Coletiva. O tempo mínimo de atuação profissional dos entrevistados na ESF variou entre 8 meses e 29 anos, visto que quinze entrevistados afirmaram trabalhar nesse ponto de atenção à saúde por 4 a 11 anos. A

maioria possuía carga horária de 40 horas semanais, exceto três dos participantes vinculados ao Programa Mais Médicos e um ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Somente um profissional afirmou vínculo empregatício sob o regime estatutário, os demais, sob contrato para prestação de serviços por tempo determinado.

Como forma de síntese, a Figura 1 apresenta os resultados, apontando para um entendimento sobre equidade entre os participantes concentrado em noções genéricas de justiça ou no sentido de igualdade de tratamento. Também exhibe a percepção da operacionalização desse princípio circunscrita sob as premissas de “equidade em saúde” ou “equidade no uso dos serviços de saúde”. A seguir, se descrevem os achados de cada uma das categorias definidas.



**Figura 1.** Representações sociais dos profissionais de saúde entrevistados sobre o princípio da equidade.

### 1. As representações sociais dos profissionais sobre a equidade como princípio do SUS

Diante da realidade encontrada no universo em estudo, percebeu-se que as representações sociais sobre o princípio da equidade para os entrevistados estão intrinsecamente fundadas no aspecto valorativo que estes atribuem às “diferentes” necessidades de saúde da população. Os achados revelaram que não existe um entendimento único para o princípio da equidade entre os participantes, o que corrobora outros estudos<sup>11,25,26</sup>.

Ao definir a equidade, alguns entrevistados fazem alusão ao direito de todos terem acesso ao atendimento de forma igualitária, independente de suas demandas específicas, conforme apresentado a seguir:

*Equidade [...] acho que é a atenção indiscriminada, [...] direito à atenção a todos, independente... de classe social, de tipo de doença. (DENT5).*

*Ah equidade é... [...] não ter diferença, nem ter distinção, nem de raça, nem de cor, nem de doença, nem ter preconceito... Pra mim [...] é tratar todos [...] de forma mais igual possível! (ENF5).*

Nesses depoimentos, a igualdade e a equidade foram entendidas como sinônimos, na ideia da universalidade de acesso e de atenção à saúde. Assim, verificou-se que os profissionais deste estudo trazem representações que condizem com o que reza a Constituição de 1988 e a Lei 8.080/90, em que o termo equidade não é mencionado e, sim, o princípio da igualdade — igualdade na assistência e no acesso aos serviços de saúde — não admitindo nenhuma discriminação positiva ou negativa<sup>9,27</sup>.

Saliena-se, contudo, que tais representações sociais limitam a caracterização e priorização de grupos vulneráveis. Quando os participantes desconsideram as singularidades da existência humana, eles restringem o alcance da equidade. A noção da igualdade somente se completa quando compartilhada à noção da equidade, em que o princípio da diferença oportuniza um padrão equânime e não homogêneo<sup>28-30</sup>.

Contudo, mais do que tratar a todos de forma igual, as representações também se ancoraram em noções genéricas de justiça, uma vez que tem sido entendida na perspectiva de aceitação das diferentes necessidades das pessoas e, por conseguinte, da oferta de ação proporcional a cada um conforme suas demandas e necessidades específicas.

*[...] A equidade não é oferecer o mesmo para todos. É você oferecer mais, para quem está precisando de mais. [...] Geralmente é isso! (MED6).*

*[...] A equidade, [...] quer dizer, a gente vai ter que dar o que a pessoa precisa como cidadão, como paciente, como usuário [...], a necessidade dele! Não importa o grau de instrução! [...] A gente tem que ter essa noção, que todos precisam da informação, do tratamento, da atenção, [...] de acordo a característica emocional, pessoal, de educação, de cada um. (DENT4).*

Sob essa perspectiva, os profissionais compreendem a equidade em um modelo de assistência que amplia o contato com as diferenças, em que o usuário deva ser percebido como a principal razão de ser dos serviços de saúde, que só se dá em contextos de acolhimento à diversidade e singularidade. Essa valorização das diferentes necessidades de saúde dos indivíduos como condição primordial para uma atenção mais justa, equitativa e apropriada remete ao termo de “justiça distributiva” na concepção aristotélica<sup>5</sup> e da “teoria da justiça como equidade”, de Rawls<sup>6</sup>.

Para Aristóteles<sup>5</sup>, a justiça distributiva simboliza, do ponto de vista do princípio da universalidade ser relativo a todos, que a equidade é um complemento indispensável a esse princípio, na medida em que seria uma espécie de retificação da Lei em que esta se revela insuficiente em seu caráter universal, por sua aplicação imperfeita ou difícil em casos particulares. Para Rawls<sup>6</sup>, a equidade é considerada como uma desigualdade justa, em que é permitido o tratamento diferenciado entre as pessoas quando baseado em necessidades individuais.

Assim, o princípio da diferença, que integra a justiça como equidade, enfatiza que é justa a ação que tenha consequências desiguais para os diversos envolvidos somente quando resultam em benefícios compensatórios para cada um e particularmente para os menos favorecidos da sociedade<sup>6</sup>. Nesse sentido, é preciso que as práticas de saúde estejam fortemente voltadas para as implicações dos determinantes sociais da saúde como dado da realidade, tendo a equidade como o princípio norteador, para a proposição de intervenções que modifiquem a situação de saúde-doença.

## 2. As representações dos profissionais sobre a equidade na prática profissional

A segunda dimensão que emergiu das representações foi a percepção dos entrevistados sobre a efetivação da equidade no exercício profissional. Essas representações trouxeram o entendimento desta prática sob duas premissas: a da equidade em saúde e da equidade no uso dos serviços de saúde.

Na equidade em saúde, as necessidades em saúde são socialmente determinadas e transcendem o rol de ações oferecidas pelos serviços da área, estando associadas, fortemente, às desigualdades sociais. Já na equidade no uso dos serviços, a utilização destes é influenciada pelo perfil de necessidade de cada grupo populacional e também por fatores internos e externos ao setor que envolvem tanto a prestação de serviços quanto as preferências e possibilidades do usuário<sup>31</sup>.

Algumas representações sociais convergiram para a condução do processo de cuidar ordenado pelas desigualdades relacionadas à renda, educação, classe social, situação de saúde ou de vulnerabilidade, como observado nos depoimentos abaixo:

*A gente busca tentar trazê-los. [...] A informação que a gente passa para um, a gente passa para todo mundo. Tem gente que eu mando passar fio dental que não tem nem escova, muito mais fio dental, entendeu? É um problema geral! Desde educação, até... a parte financeira. Porque como é que eu posso falar com a paciente "passa fio dental, faz isso, passa mais enxaguante..." se o paciente não tem nem o que comer! (DENT1).*

*A educação é um negócio que promove a equidade. Quando as pessoas têm um grau de entendimento, elas aproveitam as informações. [...] Na saúde, [...] a prioridade é o grau de necessidade. Então é uma avaliação profissional. [...] Eu procuro pegar esse que tem mais dificuldade de entendimento e higienização e tentar doutriná-lo um pouquinho mais na higiene, na prevenção, para ele poder ficar em igualdade de condição. (DENT4).*

Notou-se que os componentes da cadeia determinante das desigualdades em saúde apontados por Almeida-Filho<sup>32</sup> — quais sejam a disponibilidade de recursos sociais (renda, educação, etc.), a diversidade do modo de vida e as desigualdades em situação de saúde — se constituíram como diretiva à dinâmica das representações sociais de alguns participantes sobre a operacionalização da equidade sob a lógica da equidade em saúde.

Sabe-se que as condições de vida e de saúde da população afetam positiva ou negativamente a existência de cada indivíduo. Whitehead<sup>12</sup> classifica as desigualdades em saúde distinguindo critérios que as diferenciam como justas e injustas. Assim, com exceção das variações biológicas naturais ou genéticas, os critérios que envolvem condições de vida e de saúde e o inadequado acesso aos serviços de saúde ou a outros serviços públicos essenciais podem ser considerados injustos, devido às suas condições de evitabilidade. Dessa maneira, as formas de tratar as desigualdades, a partir da repercussão dos fatores sociais na vida dos indivíduos, deveriam ser diversificadas.

Entretanto, não se pode desprezar um possível aumento da demanda em cada serviço de saúde. Planejar políticas de saúde considerando a diferença como princípio orientador das políticas é entrar no terreno da pluralidade da condição humana, o que caracteriza uma proposta de focalização para o princípio da equidade, ao invés de estratégias de universalização.

Outro aspecto apontado nas representações se refere à postura que o profissional de saúde precisa ter com o usuário, na tentativa de levantar as necessidades não centradas somente na doença, e, desse modo, alcançar a resolutividade dos problemas apresentados.

*Muitos pacientes chegam, e eles falam, doutora aconteceu isto, e eu preciso fazer isto, e aí eu dou um jeito de fazer tudo para eles. O vínculo de relacionamento é bastante bom e eu tento tirar muito proveito dele... (MED1).*

*Eu acho... que o médico, quando conhece, quando tem esta postura, de verdade, com sinceridade, de vontade de resolver a situação e dar essa confiança, pode ajudar muito o paciente. (MED3).*

*Pessoas com necessidades mais prementes, a gente tenta fazer o acesso ampliado. [...] Alguém que é da microárea vulnerável [...] essa pessoa não vai voltar! Chegou aqui, a gente vai atendê-la hoje! [...] É uma forma também que a gente tenta garantir o princípio da equidade. (MED6).*

Percebeu-se que esses profissionais evidenciaram suas forças mobilizadoras para o atendimento em saúde às condições “concretas” advindas dos usuários. Eles destacaram que a escuta, o vínculo e a postura de resolutividade seriam o caminho de viabilização para a proposição do cuidado em saúde condizente com as efetivas demandas dos diversos segmentos da população, submetidos a várias situações e condições.

Ademais, para propiciar um melhor acolhimento das pessoas, existe a preocupação por parte desses profissionais em desenvolver ações mais “equitativas” e menos normatizadas, com a garantia do atendimento em saúde, principalmente à população definida como vulnerável pela equipe. De acordo com Santos et al.<sup>33</sup>, abrir espaços para o primeiro acesso aos serviços e práticas de saúde em cada nova demanda e/ou necessidade do usuário deve ser uma característica intrínseca à APS, o que permite a ele o pleno desenvolvimento de seu potencial de saúde.

Entretanto, sob o ponto de vista da equidade no uso dos serviços, a ênfase nas ações curativistas aos casos de adoecimento dos grupos vulneráveis ou aos encaminhamentos destes para outros pontos de atenção à saúde também faz parte das representações dos participantes. Nessa maneira de perceber a equidade em seu exercício profissional, estes permanecem fortemente orientados pelo modelo médico hegemônico, organizando suas agendas de trabalho segundo critérios de problemas de saúde ou patologias.

*No caso de urgência, a gente passa na frente. Então eu trato todo mundo igual, à medida que vai chegando, eu vou marcando por ordem de chegada. Mas o que for um caso mais de urgência, que precisa mais, vai passar na frente. Então eu acho que este é um princípio que a gente usa também.* (ENF1).

*As quintas-feiras [...] são de público [...] especial, que é a gestante, é o idoso, é o hipertenso, porque eles têm preferência, eles não podem ficar aguardando muito o tratamento. Que é o dia que tem menos gente também, então a gente faz com mais tranquilidade. Esse dia é o dia específico.* (DENT3).

De maneira paradoxal, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>34</sup> sublinha que a programação e implementação das atividades de atenção à saúde devem ser conforme as necessidades de saúde da população, o que inclui o planejamento e organização compartilhada da agenda de trabalho dos profissionais, evitando a divisão desta segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias.

Para Silva<sup>35</sup>, um desafio para a ESF é trabalhar com áreas programáticas sem que estas sejam o seu único eixo de atuação. Quando a equipe de saúde possui uma focalização dos fatores de risco, ou mesmo quando se dá maior atenção à doença em detrimento do indivíduo, as ações programáticas podem impedir o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico.

Dessa maneira, diante do contexto da atual política de saúde, há de se refletir, para esses profissionais, nessa forma de abordagem no cotidiano do processo de trabalho, até que ponto as “necessidades” ou “prioridades” de saúde não estariam sendo forjadas pela própria dinâmica do serviço, que não reconhece o sofrimento que não esteja “rotulado” como doença.

Entendendo que as representações sociais são orientadoras da ação cotidiana no grupo social no qual circulam<sup>16</sup> e que se revelam como uma forma do sujeito se identificar no mundo<sup>36</sup>, é interessante perceber o papel e as implicações do conceito e da efetivação da equidade como princípio para os participantes. As representações passam por elaborações que tomam como elementos os preceitos legais do SUS e sua práxis; a formação e o desenvolvimento das habilidades do profissional com o propósito de atender a demanda do SUS; o processo de ressignificação que cada profissional exprime no contexto das relações sociais, bem como as ações que desempenham no cuidado em saúde com os cidadãos.

Nessa perspectiva, as representações deste estudo apontam caminhos para atos cuidadores permeáveis à pluralidade humana. Isso corresponde à possibilidade de não reduzir o foco de interesse às doenças. Portanto, precisamos apreender as diversidades e as singularidades que se produzem, como um fator potencial na implementação de políticas públicas voltadas para a equidade em seu sentido fundamental e originário do direito à diferença, baseado na perspectiva da inclusão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diferentes sentidos atribuídos ao princípio da equidade para os participantes revelam dois posicionamentos distintos: um que se refere à equidade como sinônimo de igualdade na assistência e outro relativo à importância de se considerar as diferentes necessidades de saúde como fatores definidores para a individualização do cuidado.

Na maneira de perceber a equidade no seu exercício profissional, algumas representações ainda permanecem fortemente orientadas pelo enfoque das ações de saúde centradas na doença e na cura. Porém, a maioria das representações mostra haver consciência dos

profissionais sobre a interpretação da equidade como um princípio social que integra a justiça como equidade.

Cabe ressaltar que o princípio da equidade ainda é pouco investigado na prática. Nessa perspectiva, essas representações sugerem subsídios para a remodelagem das práticas em saúde ordenados pelas tecnologias relacionais e pelos determinantes sociais da saúde como caminho promissor para um cuidado condizente com as efetivas demandas dos diversos segmentos da população.

No entanto, as representações aqui apresentadas, como forma de conhecimento socialmente elaborado, trazem as especificidades de vidas e as experiências dos sujeitos investigados não contemplando, plenamente, as representações dos profissionais de saúde de outros estados da federação brasileira, o que determina, portanto, uma limitação do estudo.

Pelo exposto, os achados apontam para as noções de equidade subjacentes à lógica do cuidado no contexto brasileiro, levando em conta o orçamento limitado e as grandes demandas do sistema de saúde. Esse princípio desperta-nos para o desafio de romper com as práticas em saúde há tanto consolidadas, para a construção de um modelo assistencial que operacionalize a equidade de forma contínua, sendo capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho SC, Carvalho LC, Fernandes JG, Santos MJS. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. *Saude Soc.* 2014;23(2):711-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200029>.
2. Comte-Sponville A. *Dicionário filosófico*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
3. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saude Soc.* 2006;15(2):23-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>.
4. Ribeiro CD. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saude Soc.* 2015;24(4):1109-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015137819>.
5. Passos JRV. Justiça e equidade em Aristóteles. *Rev Augustus.* 2009;14(28):45-56.
6. Rawls J. *Uma teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
7. Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(spe):765-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004>.
8. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanela L, Escorel S, Lobatto LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
9. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de outubro de 1988.
10. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):449-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200011>. PMID:15905907.
11. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude Soc.* 2017;26(1):115-28. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017162684>.
12. Whitehead M. *The concept and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization; 1991. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>.
13. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude Soc.* 2006;15(2):34-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>.
14. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanela L, Escorel S, Lobatto LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 365-93.
15. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS; 2011. (Coleção Progestores: Para Entender a Gestão do SUS).
16. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

18. Farr RM. From collective to social representations: Aller ET Retour. *Cult Psychol*. 1998;4(3):275-96. <http://dx.doi.org/10.1177/1354067X9800400301>.
19. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):439-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400015>.
20. Costa SM, Souza LPS, Souza TR, Cerqueira ALN, Botelho BL, Araújo EPP, et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. *Cad Saude Colet*. 2014;22(3):292-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030011>.
21. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 29 de junho de 2011.
22. Camargo KR Jr. Apresentando o Logos: um gerenciador de dados textuais. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):286-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100032>.
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 de junho de 2012.
25. Granja GF, Zoboli ELCP, Fracolli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Cien Saude Colet*. 2013;18(12):3759-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200032>. PMID:24263892.
26. Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):47-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100015>. PMID:20339786.
27. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 19 de setembro de 1990.
28. Pessalacia JDR, Oliveira VC, Guimarães EAA. Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça. *Enferm Cent O Mineiro*. 2011;1(2):283-95.
29. Sposati A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: Verás MPB, editor. *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: Educ; 1999. p. 126-38.
30. Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspect*. 2003;17(1):58-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>.
31. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Supl.):203-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>.
32. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira RP, editor. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 13-36.
33. Santos AM, Giovannella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2687-702. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>
34. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
35. Silva CM. Equidade e promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. *Rev APS*. 2008;11(4):451-8.
36. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, editor. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.