

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Kelly Aparecida de Souza

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS (2020–2023): análise
da difusão da equidade nas 27 Unidades Federativas do Brasil

Juiz de Fora
Junho - 2026

Kelly Aparecida de Souza

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS (2020–2023): análise
da difusão da equidade nas 27 Unidades Federativas do Brasil

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do SUS da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Dra. Letícia Gonçalves

Juiz de Fora

Junho – 2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza, Kelly Aparecida de .

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS (2020–2023): : análise da difusão da equidade nas 27 Unidades Federativas do Brasil / Kelly Aparecida de Souza. -- 2026. 193 p.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientadora: Letícia Gonçalves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.

1. Equidade. 2. Planejamento em Saúde. 3. Desigualdades em Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde.. I. Campos, Estela Márcia Saraiva , orient. II. Gonçalves, Letícia, coorient. III. Título.

Kelly Aparecida de Souza

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS (2020-2023): análise da difusão da equidade nas 27 Unidades Federativas do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de maio de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Estela Márcia Saraiva Campos - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Letícia Gonçalves

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Celina Pereira

Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos

Prof. Dr. Fábio da Costa Carbogim

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 13/05/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Fabio da Costa Carbogim, Professor(a)**, em 30/06/2026, às 10:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Letícia Gonçalves, Professor(a)**, em 01/07/2026, às 08:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Celina Pereira, Usuário Externo**, em 14/07/2026, às 14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2983805** e o código CRC **80C6CC7B**.

RESUMO

Introdução: A equidade está presente dentre os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e integra as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023. Entretanto, por se tratar de um conceito polissêmico, sua incorporação nos instrumentos de planejamento pode ocorrer de formas distintas nos diferentes contextos estaduais. Nesse cenário, torna-se relevante compreender como a equidade foi interpretada e incorporada nos Planos Estaduais de Saúde (PES) das 27 Unidades Federativas brasileiras. **Objetivo:** Analisar criticamente a presença e a definição do conceito de equidade no Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e sua interpretação nos Planos Estaduais de Saúde das 27 Unidades Federativas brasileiras no mesmo período. **Método:** Estudo qualitativo, de natureza documental, fundamentado na abordagem da difusão de políticas públicas por tradução e na técnica de análise de conteúdo categorial. O corpus foi composto pelo Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e pelos 27 Planos Estaduais de Saúde vigentes no mesmo período. Foram analisadas a presença do termo equidade, sua frequência de ocorrência, contexto de uso, definições explícitas, utilização de termos correlatos e formas de incorporação do conceito nos documentos. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel® e analisados à luz do referencial teórico da tradução de políticas públicas. **Resultados:** O termo “equidade” foi identificado em 25 dos 27 Planos Estaduais de Saúde analisados, apresentando frequências distintas entre os estados. Apenas Mato Grosso e Tocantins não mencionaram o termo. Os maiores números de ocorrências foram observados nos planos do Rio Grande do Norte (34 citações), Amazonas (31) e Minas Gerais (28). Apenas dez estados apresentaram definição explícita de equidade: Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. As definições encontradas foram agrupadas em quatro categorias: equidade como justiça distributiva e tratamento diferenciado; equidade baseada nos determinantes sociais da saúde; equidade como redução de desigualdades regionais; e equidade como diretriz de acesso e organização do sistema. Também foram analisados os termos correlatos, especialmente desigualdade, iniquidade, igualdade e justiça social, frequentemente empregados em análises situacionais e diretrizes institucionais. **Discussão:** Os achados evidenciaram que, embora a equidade esteja amplamente presente nos

instrumentos de planejamento do SUS, sua definição e operacionalização variam significativamente entre os estados. A diversidade de abordagens identificadas reforça o caráter polissêmico do conceito e sugere que sua incorporação ocorre por meio de processos de interpretação, adaptação e ressignificação nos contextos estaduais. As diferenças observadas refletem características dos processos de tradução das diretrizes nacionais nos níveis subnacionais. Conclusão: Conclui-se que a equidade está amplamente presente nos instrumentos de planejamento em saúde, porém sua incorporação ocorre de forma heterogênea entre os estados brasileiros. A presença do termo nem sempre é acompanhada de definições explícitas ou de estratégias operacionais consistentes, evidenciando a necessidade de fortalecer sua qualificação conceitual nos instrumentos de planejamento do SUS. Os resultados sugerem que a difusão da equidade não ocorre por simples reprodução das diretrizes nacionais, mas por processos de tradução influenciados por especificidades territoriais, institucionais e políticas dos contextos estaduais.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Desigualdades em Saúde. Equidade. Planejamento em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Equity is one of the guiding principles of the Brazilian Unified Health System (SUS) and is incorporated into the guidelines of the National Health Plan (PNS) 2020–2023. However, as a polysemic concept, its incorporation into planning instruments may occur in different ways across state contexts. In this scenario, it is important to understand how equity has been interpreted and incorporated into the State Health Plans (PES) of Brazil's 27 Federative Units. **Objective:** To critically analyze the presence and definition of the concept of equity in the National Health Plan (2020–2023) and its interpretation in the State Health Plans of Brazil's 27 Federative Units during the same period. **Methods:** This qualitative documentary study was based on the policy diffusion through translation approach and on categorical content analysis. The corpus consisted of the National Health Plan (2020–2023) and the 27 State Health Plans in force during the same period. The analysis examined the presence of the term equity, its frequency of occurrence, contexts of use, explicit definitions, related terms, and forms of incorporation into the documents. Data were organized using Microsoft Excel® spreadsheets and analyzed in light of the theoretical framework of policy translation. **Results:** The term equity was identified in 25 of the 27 State Health Plans analyzed, with considerable variation in frequency across states. Only Mato Grosso and Tocantins did not mention the term. The highest numbers of occurrences were observed in the plans of Rio Grande do Norte (34 citations), Amazonas (31), and Minas Gerais (28). Only ten states provided an explicit definition of equity: Amazonas, Federal District, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, and Santa Catarina. The identified definitions were grouped into four categories: equity as distributive justice and differential treatment; equity based on the social determinants of health; equity as the reduction of regional inequalities; and equity as a guideline for access to and organization of the health system. Related terms were also analyzed, particularly inequality, inequity, equality, and social justice, which were frequently employed in situational analyses and institutional guidelines. **Discussion:** The findings showed that, although equity is widely present in SUS planning instruments, its definition and operationalization vary considerably among states. The diversity of approaches identified reinforces the polysemic nature of the concept and suggests that its incorporation occurs through processes of interpretation, adaptation, and re-

signification within state contexts. The differences observed reflect characteristics of the translation processes through which national guidelines are incorporated at subnational levels. Conclusion: Equity is widely present in health planning instruments; however, its incorporation occurs heterogeneously across Brazilian states. The presence of the term is not always accompanied by explicit definitions or consistent operational strategies, highlighting the need to strengthen its conceptual qualification within SUS planning instruments. The findings suggest that the diffusion of equity does not occur through the mere reproduction of national guidelines but rather through translation processes influenced by the territorial, institutional, and political specificities of state contexts.

KEYWORDS: Health Policy. Health Inequalities. Equity. Health Planning. Unified Health System

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
2.1	A NATUREZA DOS CONCEITOS	15
2.2	EQUIDADE EM SAÚDE.....	17
2.3	FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL	26
2.3.1	Federalismo e descentralização na saúde	29
2.4	DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	31
2.4.1	Difusão de políticas públicas por Tradução	36
3	OBJETIVOS	39
3.1	OBJETIVO GERAL.....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4	METODOLOGIA	40
4.1	TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	40
4.2	CORPUS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	40
4.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	41
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	41
4.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	44
	ARTIGO: PLANO NACIONAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE (2020–2023): uma análise da difusão da equidade nas 27 Unidades Federativas do Brasil	45
	RESUMO	46
	ABSTRACT	47
	INTRODUÇÃO	48
	CRONOGRAMA	51
	OBJETIVOS	52
	OBJETIVO GERAL	52
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
	METODOLOGIA	53
	RESULTADOS	58
	DISCUSSÃO	62
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67

REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	79
Apêndice 1: Presença e frequência do termo “equidade” no Plano Nacional de Saúde e nos Planos Estaduais de Saúde (2020–2023), segundo unidade federativa e região	79
Apêndice 2: Contextualização da presença do termo “equidade” nos planos de saúde: trechos, seções e localização nos documentos (2020–2023)	81
Apêndice 3: Definições do termo “equidade” nos Planos Estaduais de Saúde (2020–2023)	141
Apêndice 4: Sistematização dos termos correlatos à equidade nos Planos de Saúde (2020–2023)	143

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabeleceu os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo público e universal de atenção à saúde no Brasil. A institucionalização do SUS ocorreu com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que regulamentou o sistema e detalhou as atribuições dos entes federativos e definiu os princípios que orientam a organização do SUS em todas as esferas federativas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde tem reafirmado esse compromisso por meio da formulação de políticas específicas voltadas a populações historicamente vulnerabilizadas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), a Política Nacional de Saúde LGBT (2011) e, mais recentemente, por meio da inclusão da equidade como diretriz transversal do Plano Nacional de Saúde 2020–2023 (BRASIL, 2020a). Esta última expressa um compromisso com os direitos sociais, evidenciando a equidade como critério de prioridade no planejamento, financiamento e avaliação das ações em saúde (BRASIL, 2020a).

No contexto do federalismo brasileiro, a descentralização da gestão do SUS atribui aos estados a responsabilidade de elaborar seus Planos Estaduais de Saúde (PES), nos quais devem constar estratégias e diretrizes alinhadas às orientações nacionais, mas adaptadas à realidade local, assim como para os municípios com seus Planos Municipais de Saúde (BRASIL, 2020).

No Plano Nacional de Saúde referente ao quadriênio 2020–2023, a equidade é utilizada como um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo tratada de forma transversal nos eixos estratégicos. O plano orienta que os entes federativos garantam atenção integral à saúde com iniciativas voltadas a populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de liberdade (BRASIL, 2020a).

O PNS, assim como os Planos Estaduais de Saúde (PES), é um instrumento de gestão orientador do processo de planejamento do SUS, que em cada esfera de

governo explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. Sendo assim, o Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2020a). Apesar do PNS definir diretrizes e prioridades, bem como as orientações do Ministério da Saúde, os estados, ao traduzirem tais orientações podem variar suas interpretações em seus respectivos planos de saúde. O mesmo ocorre em relação a equidade, cuja apropriação pelos estados não ocorre de maneira uniforme, uma vez que o termo é interpretado de modo variado entre os Planos de Saúde das unidades federativas, refletindo os diferentes contextos políticos institucionais e sociais (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

Estudos que tratam sobre a difusão de políticas públicas mostram que, há uma diversidade nas formas de reconhecimento, interpretação e operacionalização das diretrizes nos planos de esferas estaduais e municipais. Tais variações são influenciadas por fatores internos e externos, sendo eles políticos, institucionais e sociais, como alinhamento partidário, capacidade técnica das secretarias estaduais e municipais, histórico de mobilização social, configuração demográfica, entre outros (COÊLHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016).

A diversidade de interpretações evidencia que a equidade é um conceito polissêmico, ou seja, suscetível a múltiplas leituras e sentidos práticos (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; FORTES, 2008; PORTO, 1998;). O estudo de Fortes (2008), por exemplo, explora concepções distintas sobre o que significa implementar a equidade, revelando a complexidade da polissemia do conceito e sua relação com a priorização e o racionamento de cuidados de saúde. Uma das interpretações associa a equidade à máxima de "tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades", destacando a importância de adequar as intervenções às particularidades de cada indivíduo para produzir resultados mais justos.

Outra perspectiva, entende a equidade como um mecanismo de compensação das desigualdades estruturais, defendendo a priorização de recursos e ações para populações em situação de maior vulnerabilidade. Há ainda interpretações que vinculam a equidade à lógica utilitarista da maximização dos benefícios, enfatizando a eficiência na alocação de recursos para alcançar o maior

impacto possível na saúde. Um quarto entendimento relaciona a equidade ao mérito social, sugerindo que o acesso a serviços de saúde poderia considerar o esforço individual ou a contribuição do sujeito à sociedade, uma abordagem mais controversa e seletiva. Outro entendimento percebido nos estudos foi a equidade no marco dos direitos, considerando-a uma expressão de justiça social, onde todos devem ter acesso igualitário à saúde por se tratar de um direito humano fundamental. A coexistência dessas distintas interpretações pode impactar nas formas como o conceito de equidade é incorporado aos documentos de planejamento (FORTES, 2008).

Maculan e Lima (2017) ressaltam que conceitos não existem em um vácuo, ao contrário, eles são profundamente moldados pelas realidades sociais, culturais e históricas de um determinado tempo. Dessa forma, a compreensão de um conceito pode variar significativamente conforme o ambiente e o tempo em que é utilizado. Na área da saúde, a complexidade dessa dinâmica se torna ainda mais evidente. Tomando como referência a "equidade", a análise crítica de seus conceitos e apresentações nas diretrizes de saúde revela que o entendimento sobre o que constitui "equidade" pode variar consideravelmente entre diferentes autores e contextos, o que pode dificultar a implementação de políticas públicas eficazes e de estratégias de intervenção direcionadas (FORTES, 2008).

Diante deste cenário, conclui-se que o termo equidade é um conceito multifacetado, que envolve questões éticas, sociais e políticas. Sua definição exige uma análise constante para garantir que reflita as realidades dinâmicas da sociedade e as necessidades emergentes das populações. É sob tal perspectiva que a produção científica sobre equidade em saúde tem crescido, refletindo a importância desse tema nas pesquisas acadêmicas e o impacto que ele exerce na formulação de políticas públicas e na melhoria das condições de saúde da população (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

Além do mais, o debate sobre a equidade em políticas públicas de saúde envolve discussões entre ideários de universalização e de focalização. Enquanto a universalidade defende o acesso igualitário a todos como expressão de cidadania, a focalização direciona esforços e recursos para grupos em maior vulnerabilidade social, buscando corrigir desigualdades históricas e estruturais (KERSTENETZKY, 2006). No campo da Saúde, esse confronto adquire relevância particular, pois

evidencia o desafio de compatibilizar a justiça distributiva, buscando tratar desigualmente os desiguais, com a preservação do direito universal à atenção integral (KERSTENETZKY, 2006; FLEURY, 2007).

Dessa forma, compreender como a equidade em saúde é traduzida do Plano Nacional de Saúde para os Planos Estaduais de Saúde torna-se essencial para identificar como a coordenação federativa do SUS difunde as diretrizes políticas em nível estadual. A perspectiva da difusão de políticas públicas por meio da metodologia da tradução permite observar que as políticas não são simplesmente copiadas, mas recriadas pelos atores locais conforme suas interpretações podendo ser influenciada pelas diversas realidades, recursos e valores (FISCHER; MILLER; SIDNEY, 2007; COÊLHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016).

A análise da equidade nos Planos Estaduais de Saúde (PES) para o período de 2020 a 2023 em relação ao Plano Nacional de Saúde deste mesmo período revela um campo de estudo ainda pouco explorado na literatura acadêmica. Embora existam pesquisas sobre a formulação de políticas públicas de saúde, há uma lacuna no que se refere à compreensão de como o princípio da equidade, delineado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023, foi interpretado e implementado pelos estados brasileiros. Este estudo propõe-se a preencher essa lacuna, oferecendo uma análise abrangente das traduções estaduais da equidade em saúde, contribuindo para o entendimento das dinâmicas de implementação de políticas públicas em contextos federativos.

A transmissão e o repasse de políticas públicas entre diferentes esferas de governo não se configuram como um processo linear de mera replicação (SILVA; SEGATTO, 2021). Pelo contrário, a literatura sobre difusão de políticas públicas, especialmente por tradução, aponta para uma dinâmica complexa, na qual as diretrizes e os princípios formulados em nível nacional são frequentemente submetidos a processos de interpretação, adaptação e reconfiguração pelos atores locais (SILVA; SEGATTO, 2021; BORGES, 2008; COÊLHO, 2012; GILARDI, 2016). Essa “transmissão” reconhece que as políticas são recriadas conforme as especificidades institucionais, culturais e sociais de cada contexto, influenciadas por fatores políticos, administrativos e socioeconômicos (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

Compreender essa dinâmica é crucial para analisar a efetividade na implementação de políticas de saúde em um sistema federativo como o brasileiro.

Este estudo apresenta contribuições em relação à tradução das políticas de equidade, ao tomar como objeto dos Planos de Saúde Nacional e Estaduais. Do ponto de vista analítico, a pesquisa amplia o debate sobre a tradução e formulação de políticas públicas no contexto federativo brasileiro ao investigar como as diretrizes nacionais foram interpretadas e adaptadas nos níveis estaduais. Essa abordagem permite compreender de que forma as estratégias de coordenação federativa se concretizam e se resultam em políticas mais sensíveis às especificidades regionais. Do ponto de vista aplicado, o estudo oferece subsídios para gestores e formuladores de políticas refletirem como a universalidade com equidade se qualifica no planejamento do sistema de saúde estadual e seus reflexos na construção de estratégias coerentes com os princípios e diretrizes do SUS.

O contexto de análise traz o período de 2020 a 2023, época marcada por intensos desafios sanitários, políticos e sociais, especialmente em decorrência da pandemia de COVID-19 e de inflexões e retrocessos com relação ao desenvolvimento do SUS, ocasionadas por uma mudança político-partidária na Presidência da República. Aspecto que torna ainda mais relevante a análise de como os estados responderam ao desafio de traduzir a equidade em suas agendas e ações de saúde.

A delimitação temporal deste estudo abrange o período de 2020 a 2023, correspondente à vigência do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023, que serve como referência estratégica para a formulação dos Planos Estaduais de Saúde (PES) no mesmo ciclo. Embora alguns estados já tenham publicado os PES 2024–2027, nem todos disponibilizaram esses documentos de forma pública e acessível até o momento. Além disso, é comum que os planos estaduais passem por revisões, reprogramações e ajustes durante o período de vigência, o que poderia comprometer a análise entre os estados. Dessa forma, a escolha do ciclo anterior (2020–2023) mostra-se metodologicamente mais estável e adequado, permitindo a análise de um período concluído, com maior completude documental e menor risco de interferência por alterações em curso.

Em relação à delimitação espacial, o estudo abrange as 27 Unidades Federativas do Brasil, incluindo os 26 estados e o Distrito Federal. Essa abrangência

permite uma análise das diferentes abordagens adotadas pelos estados brasileiros na incorporação da equidade em seus respectivos PES, considerando as diversidades regionais, socioeconômicas e culturais que caracterizam o país e seus contextos regionais.

Para compreender as variações nas traduções estaduais da equidade em saúde, este estudo adota o conceito de "difusão por tradução" de políticas públicas. Esse conceito reconhece que a transferência de políticas entre diferentes contextos não ocorre de forma linear ou mecânica, mas envolve processos de interpretação, adaptação e reconfiguração das ideias originais, (COÊLHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016; COÊLHO, 2012; DANTAS, 2023).

Diante do exposto, a pergunta central que orienta este estudo é: como o conceito de equidade está presente e como é definido nos Planos Estaduais de Saúde, a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2020–2023? Ao responder a essa questão, pretende-se contribuir para a compreensão dos processos de tradução de políticas públicas em contextos federativos, evidenciando como a equidade é apropriada, redefinida e incorporada nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, oferecendo subsídios para o aprimoramento das estratégias de promoção da equidade em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A NATUREZA DOS CONCEITOS

A conceituação é um processo essencial e contínuo no desenvolvimento do conhecimento científico, envolvendo a definição, a análise e a reavaliação constante. A natureza dinâmica dos conceitos implica que, à medida que novas descobertas, perspectivas e abordagens teóricas são adotadas, os conceitos existentes podem ser revistos, reformulados ou expandidos, refletindo a flexibilidade que caracteriza a pesquisa científica. A capacidade de adaptar e refinar conceitos, como evidenciado pela flexibilidade do próprio ato de conceituar, é crucial para garantir que as definições continuem relevantes e precisas à medida que a sociedade e a ciência evoluem (TALMELLI; GRATÃO; RODRIGUES, 2016). Dessa forma, o processo de revisão contínua dos conceitos é fundamental não apenas para a compreensão teórica, mas também para a prática científica.

A definição dos conceitos permite que as ideias sejam comunicadas de forma uniforme entre pesquisadores, contribuindo para a precisão e a clareza na troca de informações entre as comunidades científicas. (TALMELLI; GRATÃO; RODRIGUES, 2016).

Em áreas do conhecimento em que a ambiguidade pode gerar interpretações errôneas, como nas ciências sociais e da saúde, a definição rigorosa de conceitos assume um papel ainda mais relevante, pois garante a estabilidade e a confiança na comunicação científica (TALMELLI; GRATÃO; RODRIGUES, 2016). Como destacado por Dahlberg (1978), a definição de conceitos não é apenas uma formalidade, mas sim uma necessidade fundamental para o avanço do conhecimento, pois facilita a compreensão compartilhada entre os estudiosos, permitindo que novas pesquisas sejam construídas com base em fundamentos comuns.

O ato de conceituar envolve uma reflexão crítica sobre o que se entende por determinado conceito e como ele é influenciado pelo contexto em que é aplicado. Como nos lembram Maculan e Lima (2017), os conceitos não existem em um vácuo, ao contrário, eles são profundamente moldados pelas realidades sociais,

culturais e históricas de um determinado tempo. Dessa forma, a compreensão de um conceito pode variar significativamente conforme o ambiente e o tempo em que é utilizado. Isso implica que a definição de conceitos deve ser flexível e suficiente para considerar essas variações e para ser constantemente reavaliada conforme as mudanças sociais e científicas acontecem (DAHLBERG, 1978).

Na área da saúde, a complexidade dessa dinâmica se torna ainda mais evidente. Tomando como referência nosso objeto de estudo a "equidade em saúde", a análise crítica de seus conceitos revela que o entendimento sobre o que constitui "equidade" pode variar consideravelmente entre diferentes autores e contextos, o que pode dificultar a implementação de políticas públicas eficazes e de estratégias de intervenção direcionadas (FORTES, 2008). A equidade é um conceito multifacetado, que envolve questões éticas, sociais e políticas, sua definição exige uma análise constante para garantir que ela reflita as realidades dinâmicas da sociedade e as necessidades emergentes das populações.

É, portanto, imperativo que o conceito de equidade em saúde seja constantemente revisado e reavaliado à luz das mudanças sociais e políticas, uma vez que novas questões surgem e transformações ocorrem nas sociedades. Como apontado por Lima et al. (2012), a definição de equidade não é estática, mas sim um conceito dinâmico, que precisa ser adaptado conforme as circunstâncias e os contextos nos quais é aplicado. A capacidade de redefinir e ajustar os conceitos à medida que o conhecimento avança e as necessidades sociais mudam é crucial para que a pesquisa em saúde continue relevante e eficaz (COSTA; LIONÇO, 2006; COELHO, 2010).

Além disso, cabe ressaltar que o ato de conceituar deve ser visto como um exercício de responsabilidade ética, pois pesquisadores precisam garantir que seus conceitos sejam inclusivos e representem de forma justa as diversas realidades que estão sendo abordadas. Dessa forma, o ato de conceituar se torna não apenas um exercício intelectual, mas também um compromisso ético, fundamental para o desenvolvimento de teorias e práticas que promovam a justiça social e o bem-estar coletivo (MACULAN; LIMA, 2017).

Assim, o processo de conceituação é um motor para o progresso científico promovendo reflexão constante sobre os conceitos e suas implicações e tornando-se essencial para o avanço do conhecimento, permitindo que novos padrões e

relações sejam descobertos, que novos modelos e teorias sejam desenvolvidos e que a ciência continue a expandir seus horizontes. Em muitos campos de conhecimento, como na saúde coletiva, o desenvolvimento de novos conceitos e a reinterpretação dos antigos são essenciais para o aprimoramento das práticas e para a melhoria das condições de vida da população. O ato de conceituar, portanto, vai além de uma simples formalidade acadêmica: ele é uma ferramenta crucial para o entendimento, a transformação e o avanço social e científico (DAHLBERG, 1978).

Assim, ao perceber a conceituação como uma atividade multifacetada, que envolve uma reflexão contínua e crítica sobre os conceitos e suas implicações, esse processo não apenas orienta a pesquisa e facilita a comunicação científica, mas também contribui para a formação de um conhecimento mais profundo e abrangente, que leva em conta as complexidades das realidades sociais, culturais e políticas. A flexibilidade na definição de conceitos e a constante reavaliação à luz das mudanças sociais são importantes para possibilitar interpretações corretas, especialmente quando se trata de questões como a equidade em saúde, que possuem um impacto direto na vida das pessoas e na qualidade das políticas públicas (MACULAN; LIMA, 2017).

Por fim, é importante destacar que a discussão em torno da conceituação da equidade em saúde não se limita a uma preocupação com precisão teórica ou rigor científico, mas envolve também os usos instrumentais e as disputas ideológicas que se estabelecem em torno de conceitos polissêmicos. A depender de como são definidos e mobilizados, tais conceitos podem tanto fortalecer agendas comprometidas com a justiça social quanto legitimar práticas seletivas e focalizadas, especialmente no contexto da formulação e implementação de políticas públicas. Nesse sentido, a polissemia da equidade, torna-se um terreno de disputa política e normativa, no qual diferentes atores atribuem sentidos diversos ao conceito conforme seus interesses e valores. Reconhecer essa dimensão é fundamental para uma análise crítica da equidade em saúde, permitindo compreender não apenas seus significados teóricos, mas também seus efeitos práticos e implicações no campo das políticas e das práticas em saúde.

2.2 EQUIDADE EM SAÚDE

A discussão sobre equidade em saúde ganhou destaque nas últimas décadas, especialmente em contextos onde as desigualdades sociais são evidentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem enfatizado a necessidade de abordar essas desigualdades como uma questão de justiça social (WHITEHEAD, 1992).

A noção de equidade na saúde tem uma trajetória histórica marcada por processos políticos, debates acadêmicos e no contexto dos movimentos sociais, que contribuíram para a construção de um conceito que vai além do simples acesso aos serviços de saúde (MATTA; LIMA, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu como um compromisso democrático orientado pela noção de saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado, resultado das lutas sociais e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 1980. Num contexto de redemocratização do país, a criação do SUS representou a institucionalização de um projeto político que visava romper com a lógica excludente do modelo previdenciário anterior e universalizar o acesso às ações e serviços de saúde (FLEURY, 2007).

Durante as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), especialmente a de 1986, a questão da equidade foi abordada, sendo reconhecida como norteadora das políticas públicas de saúde (VICENTE, 2019). No texto de Souza (1987) nos anais da 8ª CNS, o Sistema Unificado de Saúde é concebido como instrumento fundamental para garantir simultaneamente a universalização do direito à saúde e a equidade, entendida como a organização das ações e dos serviços a partir das necessidades epidemiológicas e das profundas desigualdades regionais e sociais do país. Nessa perspectiva, a equidade não se restringia à ampliação do acesso, mas implicava a definição de prioridades, a redistribuição de recursos e a superação das assimetrias históricas entre regiões e grupos populacionais.

A CNS 86 representou um importante movimento democrático por uma Saúde de Direito de Todos, ao envolver representantes da sociedade civil, do movimento sanitário e do poder público na formulação de diretrizes que apontavam para a redução das desigualdades e para a melhoria da distribuição dos recursos entre diferentes grupos sociais e regiões do país. Assim, a noção de equidade

passou a ser entendida não apenas como uma questão de acesso, mas também de distribuição justa dos recursos e de cuidados de saúde de qualidade para toda a população (MATTA; LIMA, 2008; PAIM, 2009; VICENTE, 2019).

No entanto, a equidade não figurava como princípio estruturante do SUS em sua gênese. Essa ausência inicial refletiu-se em formas de financiamento marcadas pela fragmentação e pela focalização de recursos, muitas vezes direcionados por incentivos específicos a programas ou grupos populacionais definidos como prioritários. Assim, a equidade foi sendo incorporada de maneira gradual e difusa, como diretriz de correção de desigualdades (FLEURY, 2007).

A discussão entre focalização e universalização das políticas sociais, conforme argumenta Kerstenetzky (2006), não pode ser reduzida a uma oposição entre eficiência e justiça, mas deve ser situada no campo dos princípios de justiça social que orientam o Estado. A focalização, em uma perspectiva residualista, vincula-se a uma lógica de mercado, na qual o Estado atua apenas de forma compensatória, dirigindo políticas a grupos “excluídos” sem alterar as bases estruturais das desigualdades. Nesse caso, a equidade assume um caráter limitado, voltado à mitigação pontual da pobreza e não à redistribuição de oportunidades. Essa abordagem tende a esvaziar o sentido universalista da proteção social, reduzindo a política pública a instrumento de correção marginal dos efeitos do próprio sistema econômico (KERSTENETZKY, 2006).

Em contextos marcados por profundas desigualdades sociais, o debate em torno da focalização deve ser compreendido para além de uma dimensão estritamente técnica de alocação de recursos, situando-se no âmbito mais amplo das disputas em torno das formas de garantia da cidadania social (FLEURY, 1997). Nessa perspectiva, a focalização não se reduz à criação de estratégias dirigidas a grupos específicos, mas expressa diferentes concepções sobre o papel do Estado, a extensão dos direitos sociais e os mecanismos de enfrentamento das desigualdades.

Como Fleury (1997) discorre em seu estudo, a tensão entre universalização e focalização envolve escolhas políticas e ideológicas que podem tanto fortalecer quanto fragilizar sistemas universais de proteção social, a depender de como essas estratégias são articuladas. Assim, a equidade não se opõe à universalidade, mas atua como instrumento de sua efetivação buscando assegurar que todos possam,

de fato, usufruir de condições equânimes de saúde, educação e cidadania. Essa perspectiva aproxima-se da noção de justiça reparatória, que reconhece a desigual distribuição de oportunidades e propõe medidas redistributivas capazes de reduzir as distâncias sociais (KERSTENETZKY, 2006).

Kerstenetzky (2006) também demonstra que a universalização, ainda que associada a ideais de igualdade, pode ser operacionalizada em arranjos de natureza diversa. Em alguns contextos, ela assume caráter redistributivo e “desmercantilizador”, como nas experiências escandinavas, nas quais o Estado assegura amplos direitos sociais e reduz a dependência do mercado. Em outros, mantém-se próxima da lógica residualista, como no modelo inglês, no qual a cobertura universal se restringe a garantias mínimas (KERSTENETZKY, 2006).

Assim, focalização e universalização não seriam categorias excludentes, mas estratégias complementares que, articuladas sob um referencial de justiça social “espesso”, podem ampliar a capacidade do Estado de promover a equidade. Na saúde, isso implica compreender a focalização não como recorte, mas como condição necessária para que o princípio da universalidade se traduza em acesso efetivo, justo e proporcional às necessidades sociais (KERSTENETZKY, 2006).

A implementação de políticas de saúde equitativas requer um compromisso político firme e a alocação adequada de recursos. Uma análise das conferências nacionais de saúde no Brasil pós-1988 revela uma maior atenção ao compromisso com a equidade, mas também destaca a necessidade de ações concretas para transformar esse compromisso em realidade (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005).

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, arcabouço legal do SUS, não fazem menção expressa ao termo “equidade”, abordando apenas o conceito de “igualdade”.

O primeiro documento do SUS que traz o termo equidade, no sentido específico de “equidade em saúde”, foi a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96), onde equidade aparece como um princípio direcionado não apenas para tratar todos de forma idêntica, mas deve orientar o acesso aos serviços, de modo assegurar que a organização do sistema reduza desigualdades no acesso e nos resultados em saúde.

Um dos principais desafios na promoção da equidade em saúde é a identificação e análise das barreiras que impedem o acesso igualitário aos serviços de saúde. Essas barreiras podem incluir fatores econômicos, geográficos e culturais que afetam a capacidade das pessoas de buscar e receber cuidados (VIEIRA-DASILVA; ALMEIDA FILHO, 2009). Além disso, o termo “equidade” no campo da saúde não se limita apenas ao acesso aos serviços, mas também envolve a qualidade do atendimento recebido. (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Iniciativas específicas, como a Estratégia da Saúde da Família, consolidaram ações voltadas para reduzir desigualdades, priorizando regiões e populações mais vulneráveis (MOLIN; MENDES; XAVIER; PINTO; BASTOS; VELASCO; BASTOS, 2015). Essas ações refletem a compreensão de que a equidade exige um olhar atento às diferenças sociais, econômicas e regionais, promovendo intervenções que busquem equalizar as condições de saúde de grupos historicamente marginalizados (MATTA; LIMA, 2008; PAIM, 2009). Assim, a equidade passou a ser um eixo estruturante das ações do SUS, permeando os assuntos como financiamento, organização dos serviços e a implementação de ações específicas para populações em situação de vulnerabilidade.

Atualmente no SUS, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Esse movimento é reafirmado mais recentemente pela Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023, que institui o “Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde”. A portaria citada define o conceito de equidade no Anexo, item 1, cuja redação original é transcrita na íntegra a seguir: “III - Equidade - Tratar desigualmente os desiguais na medida de sua desigualdade, no intuito de atingir a justiça social e assegurar os direitos humanos dos diferentes grupos sociais das trabalhadoras do SUS.” (BRASIL, 2023).

Os princípios direcionam e apontam que o sistema deve promover uma redistribuição de recursos e de ações para garantir que grupos vulneráveis não fiquem à margem das políticas de saúde, reafirmando a justiça social como fundamento do SUS (BRASIL, 2023; FLEURY, 2011).

Estudos recentes têm explorado diferentes dimensões da equidade, incluindo aspectos éticos e sociais (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Neste sentido, equidade vem sendo frequentemente associada à justiça social, ou seja, buscando garantir que todos os indivíduos tenham oportunidades iguais de alcançar uma boa saúde (SANTOMÉ, 1997).

Diversos autores apontam que a análise da equidade em saúde demanda a consideração articulada de marcadores sociais como raça, classe social e gênero (CRENSHAW, 1989; QUIJANO, 2005). A apreensão desse conceito pressupõe compreendê-lo como uma categoria social e historicamente produzida, vinculada à formação do capitalismo colonial/moderno e à consolidação de um padrão de poder de matriz eurocêntrica. Nessa perspectiva, Quijano (2005) argumenta que a noção de raça se constitui no contexto da colonização das Américas, funcionando como um dispositivo de classificação social da população mundial, por meio do qual se legitimam hierarquias e relações de dominação entre grupos humanos. Tal construção atribui sentidos sociais, políticos e econômicos às diferenças físicas, transformando-as em fundamentos para a produção de desigualdades. Assim, a raça não se sustenta em bases biológicas, mas atua como um eixo estruturante das relações de poder, com impactos persistentes sobre as estruturas sociais, os regimes de saber e a formulação de políticas públicas na contemporaneidade.

Também para o IBGE, a definição de classe social é intimamente ligada à renda familiar, sendo: classe A, com renda familiar superior a quinze salários mínimos; classe B, renda familiar entre cinco e quinze salários mínimos; classe C, renda familiar entre três e cinco salários mínimos; classe D, renda familiar entre um e três salários mínimos; classe E, renda familiar até um salário mínimo. Estudiosos como Donald Pierson e Emílio Willems concebem a ideia de classe a partir da noção de estratos sociais, uma estrutura presente em qualquer sociedade humana, caracterizada por consciência e sociabilidade próprias (ALVES, 2020). Em contraste, Luiz de Aguiar Costa Pinto e Florestan Fernandes, estudiosos da área, entendem as classes como formações histórico-sociais específicas das sociedades capitalistas, funcionando como modalidades de ordenação das relações sociais e influenciando diretamente as ações coletivas nesses contextos (ALVES, 2020).

Um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicado em 2018, diferencia o termo “sexo” do termo “gênero”, sendo o primeiro relacionado

às diferenças biológicas entre homens e mulheres, enquanto o segundo se refere às construções sociais que atribuem distintos papéis, características e oportunidades a cada sexo, influenciando as interações e relações sociais entre homens e mulheres. Na definição do linguista Ferreira (2009), o termo “gênero” é descrito como um conceito abrangente que reúne características e particularidades comuns a um grupo, classe, seres ou objetos. Além disso, a compreensão das desigualdades associadas ao gênero torna-se mais consistente quando articulada à noção de interseccionalidade, segundo a qual marcadores sociais como raça, classe e gênero não atuam de forma isolada, mas se entrecruzam em uma teia de relações que produzem experiências diferenciadas de desigualdade e vulnerabilidade (CRENSHAW, 1989).

Estes conceitos podem interagir e podem influenciar significativamente a saúde das populações e devem ser abordados nas políticas de saúde (LEWIS; YAN; WILLIAMS; APEN; CRAWFORD; MORSE; VALDEZ; ALEXANDER; GRANT; VALDERAMA-WALLACE; BEATTY, 2023). A participação da comunidade na formulação e implementação de políticas de saúde é uma estratégia importante para promover a equidade, pois com a gestão participativa pode-se propor que as necessidades de diferentes grupos serão consideradas nas discussões de políticas públicas, possibilitando torná-las mais eficientes (COSTA; LIONÇO, 2006; LEWIS; YAN; WILLIAMS; APEN; CRAWFORD; MORSE; VALDEZ; ALEXANDER; GRANT; VALDERAMA-WALLACE; BEATTY, 2023).

Ainda, a equidade pode ser entendida como a redução das desigualdades baseadas em fatores sociais, econômicos e regionais, promovendo uma distribuição igualitária de recursos e acesso aos serviços e, em outros contextos, pode referir-se a uma justiça procedimental, valorizando a participação social e o reconhecimento de direitos (GRANJA; ZABOLI; FRACOLLI, 2009; ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Essas diferentes interpretações podem influenciar a difusão e implementação das políticas públicas, moldando estratégias e as metas a serem atingidas.

A compreensão multifacetada de equidade também influencia debates sobre prioridades, financiamento e organização do sistema de saúde (GRANJA; ZABOLI; FRACOLLI, 2009). Por exemplo, uma interpretação mais restrita pode limitar-se a garantir o acesso universal, enquanto uma visão mais ampla busca eliminar

diferenças de condições de saúde entre grupos sociais e regiões (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; PORTO, 1998). Essa polissemia cria, por vezes, conflitos de interpretação entre diferentes atores sociais, profissionais de saúde, gestores e a população (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; PORTO, 1998), refletindo disputas ideológicas sobre o que pode significar equidade em saúde. Além disso, pode influenciar na elaboração de metas e avaliações de políticas públicas, já que diferentes concepções podem levar a diferentes critérios de sucesso (PORTO, 1998).

O impacto dessa polissemia na prática política é relevante, pois pode gerar tanto avanços quanto obstáculos para a implementação de ações mais equitativas. Quando interpretada de forma integral, a equidade demanda ações intersetoriais, redistribuição de recursos e atenção às necessidades específicas de grupos vulneráveis, o que muitas vezes esbarra em interesses políticos, econômicos ou culturais (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; PORTO, 1998). Sendo assim, a definição do que constitui a equidade, bem como sua operacionalização, está intimamente relacionada aos valores, prioridades e contextos políticos de cada contexto e período histórico (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; PORTO, 1998).

Outra dimensão importante a se considerar é a influência das diretrizes internacionais e do consenso de diferentes correntes de pensamento sobre equidade (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; PORTO, 1998). Essas diretrizes, por sua vez, impactam as políticas nacionais, formando um sistema de referências que ajuda a consolidar diferentes interpretações, mesmo que, na prática, nem todas possam ser plenamente realizadas por questões de recursos, contexto político ou institucional (COELHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016).

No Brasil, a polissemia do conceito de equidade também reflete as contradições e desafios enfrentados pelo SUS na sua implementação. Enquanto há um consenso sobre a necessidade de promover justiça social, as práticas cotidianas muitas vezes revelam dificuldades de operacionalizar esse princípio em ambientes de desigualdades profundas e de recursos escassos (MATTA; LIMA, 2008). Assim, o entendimento do que significa ser equitativo muitas vezes se confronta com interesses econômicos, interesses políticos ou dificuldades institucionais, tornando a concretização desse princípio uma tarefa complexa.

A influência das interpretações de equidade na difusão de políticas públicas

também se manifesta na forma como as ações são priorizadas, financiadas e avaliadas (PORTO, 1998). A priorização e o racionamento de cuidados de saúde são questões complexas que envolvem considerações éticas. A equidade deve ser um princípio orientador nessas discussões, garantindo que as decisões sejam justas e equitativas (FORTES, 2008). Este termo também pode estar relacionado à capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades da população. Sistemas de saúde que priorizam a equidade tendem a ser mais eficazes em atender às necessidades de todos os cidadãos (PENNA; BRITO; PORTO, 2007).

O conceito de equidade em saúde é um conceito dinâmico que deve ser constantemente revisado e reavaliado à luz das mudanças sociais e políticas, sendo essencial o estudo contínuo para entender como as mudanças na sociedade influenciam neste conceito, fazendo com que as definições e abordagens de equidade também se adaptem (LIMA; MOURA; ARAUJO; ARAUJO; GERMANO, 2012; COSTA; LIONÇO, 2006; COELHO, 2010).

A promoção da equidade em saúde requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo não apenas profissionais de saúde, mas também sociólogos, economistas e outros especialistas que possam contribuir para uma compreensão mais ampla do problema (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Cabe ressaltar, que tal conceito está ligado à sustentabilidade dos sistemas de saúde. Sistemas que não abordam as desigualdades podem enfrentar desafios financeiros e operacionais a longo prazo (SEN, 2002).

É necessário compreender equidade em saúde também como um investimento no bem-estar da sociedade como um todo, uma vez que populações saudáveis são mais produtivas e contribuem para o desenvolvimento econômico e social (PENNA; BRITO; PORTO, 2007).

Políticas que enfatizam a redução de desigualdades sociais tendem a focalizar ações em regiões e grupos vulneráveis, enquanto aquelas que adotam uma visão mais individualista podem privilegiar melhorias na qualidade do atendimento ao usuário (MATTA; LIMA, 2008). Assim, pode-se entender que a compreensão do conceito de equidade direciona a construção de agendas e de estratégias específicas a serem implementadas nos diferentes contextos sociais e políticos.

A noção de equidade na saúde possui uma trajetória marcada por influências

políticas, filosóficas, sociais e econômicas. Trata-se de um conceito em constante movimento, transitando pelos contextos históricos trazendo novas interpretações, traduções, desafios e possibilidades. Sua aplicação reside na habilidade de harmonizar a universalização do direito à saúde com a elaboração de estratégias de focalização precisas, essenciais para mitigar as disparidades e atender as demandas específicas de grupos historicamente vulnerabilizados (FLEURY, 1997).

Assim, a equidade opera em meio ao tensionamento entre a universalidade (assegura o direito de todos) e a focalização (busca tratar desigualmente os desiguais, garantindo justiça material no acesso às políticas públicas) (KERSTENETZKY, 2006). Portanto, a compreensão aprofundada do seu significado e das suas múltiplas interpretações e maneiras de interpretação são fundamentais para a elaboração e implementação de políticas de saúde mais adequadas.

Diante desse cenário, estudar a equidade em saúde requer, por um lado, compreender seu passado, desde a Reforma Sanitária e a criação do SUS, e, por outro, entender como sua tradução opera em diferentes realidades subnacionais. A difusão por tradução apresenta-se como um método adequado para captar tais diferenças, pois reconhece o papel da interpretação local na reconfiguração de políticas originalmente estabelecidas em esferas federais, sendo portanto assunto a ser tratado mais adiante. (COÊLHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016).

2.3 FEDERALISMO E DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL

O federalismo é uma forma de organização do Estado que divide o poder político entre diferentes níveis de governo, garantindo autonomia a cada um deles (SOARES, 2013). No contexto brasileiro, o federalismo representa uma estrutura complexa, que influencia diretamente a formulação e implementação de políticas públicas, especialmente as sociais.

Segundo Soares (2013), o federalismo caracteriza-se por uma dupla autonomia territorial, envolvendo uma divisão de competências entre os entes federados, que atuam dentro de um campo pactuado. Assim, compreender suas peculiaridades no Brasil é fundamental para entender os desafios enfrentados na gestão pública.

O federalismo moderno nasceu nos Estados Unidos, em 1787, e se difundiu pelo mundo como uma forma de organização estatal que permite a coexistência de múltiplos níveis de governo autônomos (SOARES; MACHADO, 2018). Soares (2013) reforça que essa estrutura envolve a existência de dois níveis territoriais autônomos: o governo central e os governos subnacionais, ambos dotados de poderes exclusivos. Essa configuração visa promover a autonomia, a diversidade e a gestão descentralizada de políticas públicas (SOARES; MACHADO, 2018; SOARES, 2013). Segundo Soares (2013), é importante distinguir federações formais, que estão previstas na constituição, de federações efetivas, que se realizam na prática. Essa distinção evidencia que, embora o Brasil seja formalmente uma federação, sua efetividade pode variar segundo o grau de descentralização político-administrativa e fiscal praticada. Assim, o federalismo no país nem sempre reflete uma autonomia plena e efetiva dos entes subnacionais (SOARES; MACHADO, 2018).

De acordo com os estudos apresentados por Soares (2013), a descentralização pode ser classificada em quatro tipos principais: política, administrativa, legislativa e fiscal. Cada uma dessas dimensões refere-se a diferentes aspectos de autonomia e responsabilidades dos entes federados na gestão de políticas públicas, influenciando a eficiência e a coordenação no sistema federativo (SOARES; MACHADO, 2018).

A descentralização política refere-se ao autogoverno dos entes subnacionais, permitindo que eles tenham autonomia para decidir sobre questões de interesse local. Como destaca Soares (2013), essa dimensão é fundamental para garantir a participação democrática e a adaptação das políticas às realidades regionais. Sua efetividade, contudo, dependerá do grau de autonomia concedido e da capacidade institucional dos governos locais (SOARES; MACHADO, 2018; SOARES, 2013).

A descentralização administrativa envolve a transferência de tarefas e funções do governo central para os estados e municípios, enquanto a legislativa refere-se à autonomia na aprovação de leis que regem os entes federados (SOARES; MACHADO, 2018). No Brasil, essa descentralização foi impulsionada pelo processo de redemocratização e pela Constituição de 1988, que reforçou a autonomia dos municípios e estados (SOARES, 2013). Conforme apontado por Soares (2013), esses tipos de descentralização contribuem para uma gestão mais

eficiente, porém, podem gerar conflitos de competência e dificuldades de coordenação institucional.

O Federalismo brasileiro tem suas raízes na Constituição de 1824, mas foi na Constituição de 1988 que consolidou uma estrutura de governo descentralizada. Essa trajetória revela uma busca por maior autonomia dos entes subnacionais, especialmente na área social, embora ainda haja desafios relacionados à coordenação entre os níveis de governo (SOARES, 2013). A história demonstra que a descentralização no Brasil acompanha as mudanças políticas e sociais do país (SOARES; MACHADO, 2018).

Um dos principais desafios do federalismo brasileiro, segundo Abrucio (2005), reside na coordenação federativa. A experiência do país indica dificuldades em harmonizar as ações entre federal, estadual e municipal, especialmente na implementação de políticas sociais que dependem de cooperação intergovernamental. Dificuldades nesse arranjo podem comprometer a eficácia e a equidade das políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

Os Estados brasileiros desempenham papel central na implementação das políticas públicas, especialmente nas áreas sociais e redistributivas (SOARES; MACHADO, 2018). Os municípios possuem uma importância estratégica na execução de políticas públicas. Soares e Machado (2018) apontam que, embora tenham autonomia legal, enfrentam limitações financeiras e administrativas que dificultam sua capacidade de atuação plena.

O compartilhamento de poder entre União, estados e municípios é uma característica central do federalismo brasileiro. No entanto, essa divisão muitas vezes encontra obstáculos na prática, devido às assimetrias de recursos e capacidades institucionais (RIBEIRO; MOREIRA; OUVENEY; PINTO; SILVA, 2018).

A relação entre federalismo e políticas públicas é essencial para promover um funcionamento eficiente do Estado. Soares (2013) argumenta que o federalismo permite uma gestão mais próxima das necessidades locais, favorecendo a elaboração de políticas contextualmente relevantes. Porém, essa vantagem depende de uma adequada distribuição de competências e recursos (SOARES; MACHADO, 2018).

A União, como ator central na formulação de políticas, tende a exercer uma

influência predominante (RIBEIRO; MOREIRA; OUVENEY; PINTO; SILVA, 2018). Conforme Arretche (2010), essa concentração de poder pode limitar a autonomia dos entes federativos e afetar a efetividade das ações regionais.

De acordo com abordagens clássicas de federalismo, tais como as discutidas por Lijphart, o sistema federativo permite tanto a cooperação quanto a competição entre os níveis de governo, o que, em teoria, beneficia a autonomia e a diversidade de políticas públicas (RIBEIRO; MOREIRA; OUVENEY; PINTO; SILVA, 2018).

Assim, o federalismo brasileiro apresenta uma estrutura complexa, marcada por avanços e desafios significativos. A descentralização, embora seja um princípio fundamental para a gestão pública eficaz e adequada às realidades locais, ainda enfrenta obstáculos relacionados à coordenação, recursos e assimetrias regionais. A compreensão aprofundada desses aspectos é fundamental para a formulação de políticas públicas mais justas e eficientes, capazes de promover a equidade no país, apresentando um potencial para promover governanças mais próximas às populações, apesar de enfrentar desafios históricos e institucionais.

2.3.1 Federalismo e descentralização na saúde

O federalismo brasileiro é caracterizado por uma configuração complexa, marcada por profundas desigualdades regionais e por uma história de conflitos e negociações entre os diferentes níveis de governo (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Segundo Souza (2001), essa estrutura institucional é uma das principais responsáveis por moldar as políticas sociais no país, incluindo a área da saúde, dado seu impacto nas distribuições de recursos e na organização dos serviços.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o federalismo no Brasil passou por processos de intensificação da descentralização, especialmente na área da saúde. A normatização dessa descentralização ocorreu por meio de instrumentos como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e a Norma Operacional da Assistência (NOAS), que buscaram orientar a construção de uma rede de serviços com racionalidade sistêmica (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição, foi um momento crítico de afirmação da autonomia local e regional na

gestão de recursos e serviços. Segundo Abrucio (1994), esse processo de descentralização ocorreu sob condições de tensões advindas da necessidade de um pacto federativo cooperativo, dificultado por realidades financeiras e políticas de cada esfera de governo.

O processo de descentralização, entretanto, não ocorreu de forma homogênea ou sem contratempos. Como aponta Kugelmas e Sola (1999), diferentes períodos marcaram a evolução do federalismo brasileiro, sendo um de forte centralização na época do autoritarismo, seguido por um movimento de descentralização nos anos 80, e por uma fase de indefinição e recente centralização na década de 90.

Nesse contexto, a forte influência do centralismo durante a ditadura e a transição democrática contribuiu para a formação de uma elasticidade institucional que ainda hoje influencia as políticas públicas de saúde (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Abrucio (1994) destaca que, embora a Constituição de 1988 tenha proscrito o autoritarismo, muitas práticas ainda refletem uma relação perversa de políticas públicas de baixa autonomia e dependência financeira dos governos estaduais e municipais.

Para alguns autores a formação dos modelos locais de gestão também é influenciada por variáveis específicas de cada contexto socioeconômico e político (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; KUGELMAS; SOLA, 1999). Além disso, a autonomia local, embora seja uma meta do processo de descentralização, muitas vezes encontra obstáculos na dependência de recursos financeiros escassos e na fragilidade institucional (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Ainda, um dos principais desafios do federalismo na saúde brasileira é conciliar a autonomia dos entes federados com a necessidade de cooperação e uniformidade nas políticas públicas (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Conforme analisado por Abrucio (1994), as pressões por maior participação dos municípios e estados coexistem com a possibilidade de fragmentação e heterogeneidade excessiva na oferta de serviços.

O modelo federativo atual reflete uma história de tensões entre os diferentes níveis de governo, como sugerido por Kugelmas e Sola (1999), ao ser caracterizado por ciclos de centralização e descentralização e, essa alternância que reflete numa lógica de interesses políticos que pode impedir a formação de um pacto federativo mais cooperativo. Sendo assim, entender o federalismo na saúde brasileira exige

uma análise dos seus períodos de evolução, suas tensões e possibilidades de reforma política.

As décadas mais atuais do SUS trouxeram uma perspectiva de mudança e criatividade na relação entre os entes federativos ao imprimirem uma reformulação nos papéis e funções dos entes em relação a oferta de serviços, a gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde. Novos critérios de alocação e transferência de recursos e novas instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão no âmbito do SUS foram criadas, resguardando o princípio da participação dos segmentos envolvidos, gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários através da formação dos Conselhos de Saúde nos diferentes níveis de governo e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Com tais propósitos a diretriz da gestão única configurou para a formação dos sistemas municipais, estaduais e o nacional, mas que para o alcance da integralidade do cuidado e da hierarquização dos serviços precisam se articular para sistemas regionais numa visão de gestão compartilhada.

Apesar dos avanços com o processo de descentralização da saúde, o nível federal ainda guarda sua centralidade ao induzir políticas e programas articulados a transferências de recursos. Tal comportamento vem propiciando movimentos de concentração referente a centralização de certas funções e recursos ao nível federal, o que potencializa sua capacidade de indução ao lado de movimentos de dispersão caracterizados pela distribuição e transferência de competências e responsabilidades por serviços de saúde para níveis locais e regionais.

Portanto, o sistema atual apresenta aspectos de continuidade e mudança, reforçando a necessidade de buscar uma estrutura federativa que promova efetivamente a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado em saúde.

2.4 DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A difusão de políticas públicas pode ser entendida como um processo pelo qual uma política, inicialmente adotada por uma jurisdição, é posteriormente adotada por outras, seja por razões de aprendizado, competição ou imposição

(SILVA; SEGATTO, 2021). Essa ideia sustenta que a difusão ocorre por meio de canais e mecanismos que facilitam ou estimulam a adoção de inovações administrativas em diferentes contextos, promovendo a troca de experiências e o espalhamento entre as jurisdições (SILVA; SEGATTO, 2021; BORGES, 2008; COELHO, 2012; GILARDI, 2016).

No âmbito das federações, a difusão de políticas pode ocorrer de formas distintas, sendo as principais o modelo vertical (top-down) e o modelo horizontal (lateral ou entre pares). O entendimento desses processos é fundamental para compreender as dinâmicas de implementação e adaptação de políticas em diferentes níveis de governo (SILVA; SEGATTO, 2021).

A difusão vertical refere-se ao fluxo de políticas do nível superior, como o governo federal, para os níveis inferiores, como os governos estaduais e municipais. Nesse processo, a atuação do governo central muitas vezes induz ou orienta os entes subnacionais a adotarem determinadas políticas com base em interesses nacionais ou experimentações bem-sucedidas realizadas em outras jurisdições (SILVA; SEGATTO, 2021).

Por outro lado, a difusão horizontal envolve a troca de políticas, ideias e experiências entre governos de mesmo nível hierárquico, como entre estados ou entre municípios. Essa forma de difusão é marcada pela cooperação, pelo aprendizado e pela emulação entre pares, muitas vezes facilitada por redes, conselhos e fóruns de discussão intergovernamental (SILVA; SEGATTO, 2021).

A difusão horizontal também pode ocorrer por meio de relações informais, nas quais atores políticos e burocráticos trocam experiências e ideias em contextos de interação direta ou por participação em fóruns e encontros profissionais. Essas trocas muitas vezes representam a base para a adoção adaptativa de políticas em diferentes regiões (SEGATTO; ABRUCIO, 2017; SEGATTO, 2017; SILVA, 2020).

Füglister (2011) destaca a importância dos fluxos de informações e das redes de atores na difusão horizontal, especialmente quando os atores compartilham crenças, interesses e experiências. Essas redes são vistas como espaços onde o aprendizado e a cooperação encaminham a adoção de políticas mais eficazes.

A difusão também pode ser influenciada por fatores estruturais, como a capacidade administrativa e fiscal de estados e municípios, além do legado de políticas anteriores. Essas condições limitam ou favorecem a adoção de novas

políticas, sendo, portanto, elementos essenciais na compreensão dos processos de difusão. Além disso, o contexto político, pode influenciar a difusão de políticas, uma vez que o interesse de grupos políticos e lideranças pode facilitar ou dificultar a adoção de experiências externas (SILVA; SEGATTO, 2021).

O estudo da difusão de políticas públicas fundamenta-se na análise de como uma inovação política se propaga entre diferentes jurisdições, sejam elas países, estados ou municípios. Tradicionalmente, a literatura tem polarizado o debate em torno de determinantes internos e externos para explicar esses processos. Contudo, autores contemporâneos convergem para a necessidade de integrar essas abordagens, reconhecendo que as decisões de mudança política não ocorrem de forma isolada, mas resultam da interação entre múltiplos fatores e contextos (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2015).

Como demonstram Coelho, Cavalcante e Turgeon (2015), o modelo de determinantes internos pressupõe que a decisão de adotar uma política pública está intrinsecamente associada às características locais das jurisdições adotantes. Nesse sentido, fatores como as condições sociais e econômicas da população, a capacidade institucional, a ideologia dominante e o grau de competição política exercem influência direta sobre o processo decisório. Assim, o gestor público, diante da estrutura e do contexto, busca recursos e estratégias para ampliar sua aprovação junto ao eleitorado.

Os fatores externos partem do pressuposto de que os governos adotam determinadas políticas em razão da influência exercida por outros governos, seja por meio de redes horizontais de interação entre jurisdições, seja por indução de níveis superiores de governo em uma lógica vertical (top-down). Essa abordagem considera, portanto, a circulação de ideias, normas e práticas através de mecanismos institucionais ou informais de comunicação, sendo a proximidade geográfica um dos principais elementos explicativos para a difusão horizontal (COELHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2015).

A compreensão dos tipos de difusão é fundamental para analisar as estratégias adotadas pelos governos na implementação de políticas, bem como para entender as dinâmicas de adaptação e inovação em diferentes contextos federativos (SILVA; SEGATTO, 2021).

Sendo assim, os próximos parágrafos irão tratar sobre diferentes formas de

difusão de políticas públicas e suas dinâmicas, sendo possível identificar diferentes mecanismos pelos quais as políticas se espalham entre contextos institucionais: imposição, aprendizado, emulação, competição e tradução.

No livro de Batista, Ribeiro e Arantes (2021) a difusão de política pública por coerção é apresentada da seguinte maneira:

O mecanismo da coerção é basicamente a pressão, geralmente financeira, feita diretamente por um governo central ou indiretamente, por organismos internacionais e/ou por grupos de interesse, para que um governo adote determinadas políticas ou diretrizes em seu âmbito. Isto acontece, frequentemente, em momentos de negociações de empréstimos e investimentos em determinados setores econômicos e/ou sociais (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021, p. 307).

A difusão de política pública por imposição ou coerção envolve a implementação de políticas através de mecanismos que forçam a adesão dos atores envolvidos, muitas vezes independentemente do consenso ou da vontade das partes. Essa abordagem destaca a atuação do Estado ou de instituições superiores na definição de diretrizes obrigatórias, garantindo que as políticas sejam adotadas e executadas de forma compulsória. Essa perspectiva é importante para compreender como certas políticas públicas se consolidam em contextos em que há forte intervenção estatal ou necessidade de manter a ordem social (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021).

Por outro lado, esse método de imposição pode gerar resistência ou conflito, especialmente quando as populações ou grupos afetados percebem as ações coercitivas como autoritárias ou desrespeitosas às suas demandas e direitos. Assim, a eficácia dessa estratégia muitas vezes depende da capacidade de sustentar a coerção por meio de ações disciplinares ou de sanções, o que pode impactar a legitimação das políticas e o envolvimento social no processo de implementação (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021).

Além disso, a abordagem de difusão por imposição é frequentemente utilizada em situações de emergência, reformas rápidas ou mudanças estruturais profundas, onde o objetivo principal é assegurar a rápida adoção de medidas necessárias para resolver problemas essenciais. Nesses casos, a imposição se justifica pela urgência de ações e pela necessidade de garantir a uniformidade na aplicação das políticas (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

Em relação à difusão de política pública por aprendizado ocorre quando as instituições e atores envolvidos buscam compreender e adaptar políticas públicas observadas em outros contextos, promovendo uma apropriação gradual de experiências bem-sucedidas. Nesse processo, há uma ênfase na troca de informações, na observação de modelos e na incorporação de estratégias que demonstraram efetividade em diferentes ambientes, favorecendo a evolução das políticas públicas ao longo do tempo. Essa abordagem valoriza a reflexão e a experimentação contínua, buscando reduzir falhas por meio de aprendizagem social e institucional (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

Além disso, essa forma de difusão incentiva a inovação e a flexibilização das políticas, permitindo que governos e gestores ajustem suas intervenções com base no que foi aprendido em outros locais, promovendo uma circulação de conhecimento entre diferentes esferas de atuação. Portanto, o aprendizado possibilita uma maior adaptação às especificidades locais, ao mesmo tempo em que se beneficia das experiências alheias, contribuindo para uma implementação mais eficiente (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

Por fim, o processo de difusão por aprendizado tende a ser mais participativo e colaborativo, envolvendo atores diversos que compartilham informações e conhecimentos para aprimorar as políticas públicas. Essa abordagem favorece o desenvolvimento de uma cultura de troca de experiências, valorizando a construção coletiva de soluções e promovendo o fortalecimento das instituições ao longo do tempo (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021).

Por outro lado, a difusão de política pública por emulação ocorre quando atores ou instituições observam o sucesso de determinadas práticas implementadas por outros e decide replicá-las, buscando alcançar resultados semelhantes ou superiores. Esse processo é motivado pelo desejo de se beneficiar das experiências bem-sucedidas de terceiros, promovendo uma adaptação de políticas que demonstraram eficácia em contextos similares (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

A emulação tende a ocorrer em ambientes onde há maior transparência e compartilhamento de informações, possibilitando que atores aprendam com as experiências externas de forma rápida e sistemática. Essa modalidade de difusão é frequentemente impulsionada por hierarquias institucionais, recomendações de

organismos internacionais, ou redes de cooperação entre diferentes regiões e setores (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

Sendo assim, entende-se que a emulação contribui para a disseminação de boas práticas e para a uniformização de políticas eficientes, promovendo um impacto positivo na qualidade dos serviços públicos. Entretanto, a sua efetividade depende do contexto local e da capacidade de adaptar as práticas ao ambiente específico, o que nem sempre é garantido pelo simples ato de copiar uma experiência bem-sucedida (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021).

No que se refere à difusão de política pública por competição ocorre quando diferentes entidades ou regiões buscam estabelecer ou aprimorar suas políticas para se destacar em aspectos como eficiência, visibilidade ou recursos, criando um ambiente de disputa saudável. Nesse contexto, atores competem para implementar práticas que possam gerar reconhecimento político e vantagens institucionais, impulsionando a adoção de inovações ou melhorias nas políticas públicas. Essa dinâmica incentiva mercados de ideias inovadoras, onde as melhores práticas são atrativas para vários atores interessados em conquistar aceitação e legitimidade (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

Além disso, a competição pode acelerar o aprendizado, pois os atores observam as estratégias vencedoras e tentam replicá-las ou adaptá-las, criando um ciclo de aprimoramento contínuo. Essa circulação de práticas, motivada pelo desejo de se destacar, favorece a difusão de políticas que demonstram resultados concretos e impactos positivos, promovendo uma maior variedade de experiências no campo das políticas públicas (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021).

Assim, a lógica de difusão por competição muitas vezes reforça a diferenciação entre os atores, levando-os a buscar constantemente inovações e melhorias, o que pode estimular mudanças rápidas e adotadas em maior escala. Contudo, esse processo também pode gerar uma corrida por resultados a curto prazo e uma fragmentação das ações, dependendo das motivações e interesses envolvidos na disputa (BATISTA; RIBEIRO; ARANTES, 2021; SHIPAN; VOLDEN, 2008).

2.4.1 Difusão de política pública por Tradução

A difusão de políticas públicas por tradução consiste no processo pelo qual ideias ou práticas são “recriadas” de um contexto para outro, mantendo a sua essência, mas ajustando-se às especificidades locais (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017; OLIVEIRA; HANSSEWNTTEUFEL, 2021). Essa abordagem permite uma maior flexibilidade na implementação de políticas, facilitando sua aceitação e eficácia em diferentes países ou regiões. Segundo Grisa e Niederle (2019), essa dinâmica é fundamental para entender como as políticas se propagam em contextos multilaterais e multilíngues.

Uma das razões para a importância da tradução na difusão de políticas públicas é que ela permite acomodar as diferenças institucionais, culturais e sociais entre os países. Cada contexto institucional possui suas próprias limitações, possibilidades e tradições, o que exige do processo de tradução uma ajustagem de estratégias para garantir sua relevância (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

O processo de tradução também envolve a negociação de significado entre os atores envolvidos na transferência da política. Essa negociação pode resultar na modificação de elementos originais da política, possibilitando sua incorporação em novos sistemas normativos e culturais (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

A tradução de políticas públicas acontece muitas vezes em um ambiente de fragmentação e heterogeneidade, onde múltiplos atores e interesses influenciam o processo. Assim, a adaptação de uma política pode variar significativamente dependendo do contexto e dos atores envolvidos. Essa multiplicidade de versões traduzidas reflete as próprias complexidades e pluralidades dos sistemas sociais onde as políticas se inserem (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017).

No entanto, para que a política seja efetivamente implementada, é necessário que ela seja 'traduzida' de modo que seja compreendida e aceite pelos atores locais, evitando que se perca o significado original. Assim, o processo de tradução não é apenas técnico, mas também político, envolvendo negociações de

interesses e adaptações culturais (OLIVEIRA; HANSSEWNTUEFEL, 2021).

A tradução pode também reforçar processos de convergência entre diferentes países ou regiões, ao promover elementos comuns, mesmo que de forma ajustada às realidades locais. Assim, políticas de diferentes origens podem se tornar similares em suas funcionalidades, fortalecendo a integração política e social (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017).

Além disso, a tradução de políticas muitas vezes requer o envolvimento de diversos atores, incluindo governos, organizações internacionais e movimentos sociais. Essa diversidade de participantes pode enriquecer o processo, mas também dificultar consensos (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

Nesse sentido, a leitura da difusão por tradução evidencia a complexidade de transferir políticas, pois ela não ocorre de modo unívoco ou homogêneo, mas sim mediada por fatores locais e atores distintos, o que enriquece seu entendimento. Nesse sentido, a leitura da difusão por tradução evidencia a complexidade de transferir políticas, pois ela não ocorre de modo unívoco ou homogêneo, mas sim mediada por fatores locais e atores distintos, o que enriquece seu entendimento (OLIVEIRA; HASSENTEUFEL, 2021).

Assim, a difusão por tradução é vista não só como uma transferência, mas como uma construção conjunta que emerge como uma estratégia eficiente para promover a circulação de boas práticas de políticas públicas, especialmente em contextos regionais heterogêneos, possibilitando que as políticas sejam ajustadas às especificidades locais, promovendo maior impacto social e institucional, enriquece o campo das políticas públicas (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar criticamente a presença e a definição do conceito de equidade no Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e sua interpretação nos Planos Estaduais de Saúde das 27 unidades federativas brasileiras no mesmo período.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a presença e a forma de definição da equidade no Plano Nacional de Saúde (2020–2023);
- Examinar a presença da equidade nos Planos Estaduais de Saúde (PES) das 27 unidades federativas;
- Analisar como o conceito de equidade é definido ou descrito nos PES;
- Comparar as interpretações da equidade entre o plano nacional e os planos estaduais, identificando convergências e particularidades.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, orientada pela técnica de análise de conteúdo categorial, conforme proposta por Bardin (2011). Essa abordagem permite a sistematização e interpretação de dados textuais, possibilitando a identificação de padrões, recorrências e variações na forma como o conceito de equidade é mobilizado nos documentos analisados.

A escolha pela análise documental fundamentou-se no fato de que os planos de saúde constituem instrumentos oficiais de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais se materializam diretrizes, prioridades e concepções que orientam a formulação e a execução das ações e políticas de saúde. Dessa forma, a análise desses documentos possibilita não apenas identificar conteúdos explicitamente apresentados, mas também compreender concepções, sentidos e perspectivas subjacentes que permeiam os processos de formulação, adaptação e incorporação das políticas públicas nos diferentes contextos institucionais.

Esta pesquisa fundamentou-se na perspectiva da difusão de políticas públicas por meio da tradução, a qual parte do pressuposto de que, em contextos federativos descentralizados, diretrizes formuladas no nível central não são simplesmente reproduzidas nos níveis subnacionais, mas reinterpretadas e ressignificadas conforme contextos políticos, institucionais e sociais específicos.

4.2 CORPUS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O corpus da pesquisa foi composto pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023 e pelos 27 Planos Estaduais de Saúde (PES) correspondentes às 26 unidades federativas e ao Distrito Federal, referentes ao mesmo período.

Os documentos foram selecionados com base em sua disponibilidade em fontes oficiais, sendo obtidos por meio de consulta aos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Como critérios de inclusão, considerou-se:

- Documentos oficialmente publicados;

- Vigentes no período de 2020 a 2023;
- Disponibilidade integral para consulta pública.

Foram excluídos documentos que não correspondessem aos Planos Estaduais de Saúde referentes ao período de 2020 a 2023, versões não oficiais, documentos incompletos ou indisponíveis para consulta integral e arquivos duplicados.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados consistiu na identificação de trechos relacionados ao conceito de equidade e termos correlatos (Quadro 1). A identificação dos termos foi realizada mediante leitura integral dos documentos e utilização da ferramenta de busca textual disponível nos arquivos digitais, utilizando como descritores os termos "equidade", "igualdade", "desigualdade", "iniquidade" e "justiça social". Para sistematização das informações, foi elaborada uma matriz analítica construída previamente à coleta de dados, com campos padronizados para identificação do documento, localização do trecho, frequência de ocorrência, contexto de uso, presença de definição explícita e observações (Apêndices 1,2,3 e 4). Considerou-se definição explícita toda formulação textual que apresentasse descrição conceitual direta do termo equidade, diferenciando-o ou caracterizando-o em relação a outros conceitos presentes no campo da saúde pública.

Essa etapa possibilitou a organização dos dados em quadros sintéticos, facilitando a visualização de padrões e variações entre os documentos analisados. Os dados foram organizados e sistematizados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel versão 2016, utilizadas para registro das ocorrências, categorização dos trechos analisados e consolidação das informações obtidas nos documentos. Todas as etapas de leitura, extração, organização e análise dos dados foram realizadas por uma única pesquisadora, responsável pela condução integral do estudo.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida conforme as três etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin (2011):

a) Pré-análise

Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante dos documentos, com o objetivo de familiarização com o material e identificação preliminar de conteúdos relacionados à equidade. Também foram definidos os critérios analíticos e elaborada a matriz de categorização.

b) Exploração do material

Na etapa de exploração, procedeu-se à codificação e categorização dos dados, a partir dos seguintes eixos analíticos:

- Presença explícita do termo “equidade”: identificação de menções diretas ao conceito;
- Frequência de ocorrência: quantificação das vezes em que o termo aparece nos documentos;
- Contexto de uso: análise das seções e dos trechos nos quais o termo é mobilizado;
- Uso de termos correlatos: identificação de expressões associadas à equidade, como igualdade, desigualdade, iniquidade e justiça social (Quadro 1);
- Definição do conceito: identificação e análise de definições explícitas de equidade;
- Aproximação com o PNS: verificação da correspondência entre as definições estaduais e o plano nacional;

Além disso, as definições identificadas foram agrupadas em categorias analíticas, que emergiram do próprio material empírico, sendo construídas por aproximação temática entre as definições identificadas nos documentos, em consonância com a técnica de análise de conteúdo categorial proposta por Bardin (2011).

c) Tratamento dos resultados e interpretação

Na etapa final, os dados foram organizados e interpretados à luz do referencial teórico da tradução de políticas públicas, buscando compreender como o conceito de equidade é apropriado, reinterpretado e ressignificado nos diferentes contextos estaduais. Foram analisadas convergências, divergências e particularidades na forma de uso e definição do termo, evidenciando os distintos modos de incorporação da equidade no planejamento em saúde.

Considerando a complexidade e a polissemia do conceito de equidade, foram

incluídos na análise termos correlatos, como igualdade, desigualdade, iniquidade e justiça social, conforme apresentado no Quadro 1. A inclusão desses termos permitiu ampliar a compreensão do campo semântico da equidade nos documentos, identificando formas indiretas de mobilização do conceito.

Quadro 1: Termos correlatos ao conceito de equidade e seus autores:

Termo correlato	Síntese conceitual	Autores e principais referências
Igualdade	Refere-se à igualdade formal ou de acesso, frequentemente associada à oferta uniforme de bens e serviços, sem considerar as diferenças nas necessidades dos grupos sociais. É um conceito normativo que orienta políticas universais, mas que, isoladamente, pode reproduzir desigualdades.	Rawls (2002): distingue igualdade formal e equidade Sen (1992, 2011): critica a igualdade de recursos e propõe a igualdade de capacidades. Dahlgren & Whitehead (1991): abordam igualdade de oportunidades em saúde. Paim (2006) – discute igualdade no contexto do SUS.
Desigualdade	Refere-se às diferenças observáveis entre grupos populacionais, sejam econômicas, sociais, territoriais ou de saúde. Nem toda desigualdade é injusta, mas as desigualdades sistemáticas e evitáveis indicam iniquidades.	Whitehead (1991): diferencia desigualdade de iniquidade em saúde. Marmot (2005): relaciona desigualdades sociais e saúde. Barata (2009): discorre sobre como as desigualdades sociais afetam a saúde.
Iniquidades	Refere-se às desigualdades consideradas injustas e evitáveis, derivadas de condições sociais desiguais. É um conceito ético e político, mais do que estatístico.	Whitehead (1991): define iniquidade como desigualdade injusta e evitável. Braveman & Gruskin (2003): enfatizam o caráter moral e político das iniquidades em saúde. Nunes, Santos, Barata e Vianna (2001): uso do termo no contexto brasileiro. Paim (2013): iniquidades como expressão da estrutura social.
Justiça Social	Está na base teórica da equidade; implica reconhecimento e redistribuição de recursos para compensar desigualdades estruturais. Busca garantir condições equitativas para todos.	Rawls (2022): formula o princípio da justiça como equidade Fraser (2002): justiça social como equilíbrio entre redistribuição e reconhecimento. Sen (2011) – relaciona justiça social à liberdade e às capacidades humanas.

Fonte: elaborado pelo autor

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A investigação não envolveu a coleta de dados com seres humanos, tampouco informações sensíveis, identificáveis ou confidenciais, sendo, portanto, dispensada a necessidade de tramitação em Comitê de Ética e Pesquisa, conforme dispõe a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normas aplicáveis a pesquisas nas áreas de ciências humanas e sociais com uso de dados públicos e acessíveis (BRASIL, 2016).

Os resultados e discussão serão apresentados no formato de artigo científico.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE (2020–2023): uma análise da difusão da equidade nas 27 Unidades Federativas do Brasil

National Health Plan in State Plans (2020 – 2023): Analysis of the diffusion of equity in the 27 Federative Units of Brazil

RESUMO

Introdução: A equidade está presente dentre os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e integra as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023. Entretanto, por se tratar de um conceito polissêmico, sua incorporação nos instrumentos de planejamento pode ocorrer de formas distintas nos diferentes contextos estaduais. Nesse cenário, torna-se relevante compreender como a equidade foi interpretada e incorporada nos Planos Estaduais de Saúde (PES) das 27 Unidades Federativas brasileiras. **Objetivo:** Analisar criticamente a presença e a definição do conceito de equidade no Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e sua interpretação nos Planos Estaduais de Saúde das 27 Unidades Federativas brasileiras no mesmo período. **Método:** Estudo qualitativo, de natureza documental, fundamentado na abordagem da difusão de políticas públicas por tradução e na técnica de análise de conteúdo categorial. O corpus foi composto pelo Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e pelos 27 Planos Estaduais de Saúde vigentes no mesmo período. Foram analisadas a presença do termo equidade, sua frequência de ocorrência, contexto de uso, definições explícitas, utilização de termos correlatos e formas de incorporação do conceito nos documentos. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel® e analisados à luz do referencial teórico da tradução de políticas públicas. **Resultados:** O termo “equidade” foi identificado em 25 dos 27 Planos Estaduais de Saúde analisados, apresentando frequências distintas entre os estados. Apenas Mato Grosso e Tocantins não mencionaram o termo. Os maiores números de ocorrências foram observados nos planos do Rio Grande do Norte (34 citações), Amazonas (31) e Minas Gerais (28). Apenas dez estados apresentaram definição explícita de equidade: Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. As definições encontradas foram agrupadas em quatro categorias: equidade como justiça distributiva e tratamento diferenciado; equidade baseada nos determinantes sociais da saúde; equidade como redução de desigualdades regionais; e equidade como diretriz de acesso e organização do sistema. Também foram analisados os termos correlatos, especialmente desigualdade, iniquidade, igualdade e justiça social, frequentemente empregados em análises situacionais e diretrizes institucionais. **Discussão:** Os achados evidenciaram que, embora a equidade esteja amplamente presente nos instrumentos de planejamento do SUS, sua definição e operacionalização variam significativamente entre os estados. A diversidade de abordagens identificadas reforça o caráter polissêmico do conceito e sugere que sua incorporação ocorre por meio de processos de interpretação, adaptação e resignificação nos contextos estaduais. As diferenças observadas refletem características dos processos de tradução das diretrizes nacionais nos níveis subnacionais. **Conclusão:** Conclui-se que a equidade está amplamente presente nos instrumentos de planejamento em saúde, porém sua incorporação ocorre de forma heterogênea entre os estados brasileiros. A presença do termo nem sempre é acompanhada de definições explícitas ou de estratégias operacionais consistentes, evidenciando a necessidade de fortalecer sua qualificação conceitual nos instrumentos de planejamento do SUS. Os resultados sugerem que a difusão da equidade não ocorre por simples reprodução das diretrizes nacionais, mas por processos de tradução influenciados por especificidades territoriais, institucionais e políticas dos contextos estaduais.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Desigualdades em Saúde. Equidade. Planejamento em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Equity is one of the guiding principles of the Brazilian Unified Health System (SUS) and is incorporated into the guidelines of the National Health Plan (PNS) 2020–2023. However, as a polysemic concept, its incorporation into planning instruments may occur in different ways across state contexts. In this scenario, it is important to understand how equity has been interpreted and incorporated into the State Health Plans (PES) of Brazil's 27 Federative Units. **Objective:** To critically analyze the presence and definition of the concept of equity in the National Health Plan (2020–2023) and its interpretation in the State Health Plans of Brazil's 27 Federative Units during the same period. **Methods:** This qualitative documentary study was based on the policy diffusion through translation approach and on categorical content analysis. The corpus consisted of the National Health Plan (2020–2023) and the 27 State Health Plans in force during the same period. The analysis examined the presence of the term equity, its frequency of occurrence, contexts of use, explicit definitions, related terms, and forms of incorporation into the documents. Data were organized using Microsoft Excel® spreadsheets and analyzed in light of the theoretical framework of policy translation. **Results:** The term equity was identified in 25 of the 27 State Health Plans analyzed, with considerable variation in frequency across states. Only Mato Grosso and Tocantins did not mention the term. The highest numbers of occurrences were observed in the plans of Rio Grande do Norte (34 citations), Amazonas (31), and Minas Gerais (28). Only ten states provided an explicit definition of equity: Amazonas, Federal District, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, and Santa Catarina. The identified definitions were grouped into four categories: equity as distributive justice and differential treatment; equity based on the social determinants of health; equity as the reduction of regional inequalities; and equity as a guideline for access to and organization of the health system. Related terms were also analyzed, particularly inequality, inequity, equality, and social justice, which were frequently employed in situational analyses and institutional guidelines. **Discussion:** The findings showed that, although equity is widely present in SUS planning instruments, its definition and operationalization vary considerably among states. The diversity of approaches identified reinforces the polysemic nature of the concept and suggests that its incorporation occurs through processes of interpretation, adaptation, and re-signification within state contexts. The differences observed reflect characteristics of the translation processes through which national guidelines are incorporated at subnational levels. **Conclusion:** Equity is widely present in health planning instruments; however, its incorporation occurs heterogeneously across Brazilian states. The presence of the term is not always accompanied by explicit definitions or consistent operational strategies, highlighting the need to strengthen its conceptual qualification within SUS planning instruments. The findings suggest that the diffusion of equity does not occur through the mere reproduction of national guidelines but rather through translation processes influenced by the territorial, institutional, and political specificities of state contexts.

KEYWORDS: Health Policy. Health Inequalities. Equity. Health Planning. Unified Health System

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabeleceu os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo público e universal de atenção à saúde no Brasil. A institucionalização do SUS ocorreu com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que regulamentou o sistema e detalhou as atribuições dos entes federativos e definiu os princípios que orientam a organização do SUS em todas as esferas federativas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde tem reafirmado esse compromisso por meio da formulação de políticas específicas voltadas a populações historicamente vulnerabilizadas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), a Política Nacional de Saúde LGBT (2011) e, mais recentemente, por meio da inclusão da equidade como diretriz transversal do Plano Nacional de Saúde 2020–2023 (BRASIL, 2020a). Esta última expressa um compromisso com os direitos sociais, evidenciando a equidade como critério de prioridade no planejamento, financiamento e avaliação das ações em saúde (BRASIL, 2020a).

No contexto do federalismo brasileiro, a descentralização da gestão do SUS atribui aos estados a responsabilidade de elaborar seus Planos Estaduais de Saúde (PES), nos quais devem constar estratégias e diretrizes alinhadas às orientações nacionais, mas adaptadas à realidade local, assim como para os municípios com seus Planos Municipais de Saúde (BRASIL, 2020).

No Plano Nacional de Saúde referente ao quadriênio 2020–2023, a equidade é utilizada como um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo tratada de forma transversal nos eixos estratégicos. O plano orienta que os entes federativos garantam atenção integral à saúde com iniciativas voltadas a populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de liberdade (BRASIL, 2020a).

O PNS, assim como os Planos Estaduais de Saúde (PES), é um instrumento de gestão orientador do processo de planejamento do SUS, que em cada esfera de governo explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população. Sendo assim, o

Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2020a). Apesar do PNS definir diretrizes e prioridades, bem como as orientações do Ministério da Saúde, os estados, ao traduzirem tais orientações podem variar suas interpretações em seus respectivos planos de saúde. O mesmo ocorre em relação a equidade, cuja apropriação pelos estados não ocorre de maneira uniforme, uma vez que o termo é interpretado de modo variado entre os Planos de Saúde das unidades federativas, refletindo os diferentes contextos políticos institucionais e sociais (HASSENTEUFEL; BENAMOUZIG; MINONZIO; ROBELET, 2017; OLIVEIRA; FARIA, 2017).

Estudos que tratam sobre a difusão de políticas públicas mostram que, há uma diversidade nas formas de reconhecimento, interpretação e operacionalização das diretrizes nos planos de esferas estaduais e municipais. Tais variações são influenciadas por fatores internos e externos, sendo eles políticos, institucionais e sociais, como alinhamento partidário, capacidade técnica das secretarias estaduais e municipais, histórico de mobilização social, configuração demográfica, entre outros (COÊLHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016).

A diversidade de interpretações evidencia que a equidade é um conceito polissêmico, ou seja, suscetível a múltiplas leituras e sentidos práticos (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017; FORTES, 2008; PORTO, 1998;). O estudo de Fortes (2008), por exemplo, explora concepções distintas sobre o que significa implementar a equidade, revelando a complexidade da polissemia do conceito e sua relação com a priorização e o racionamento de cuidados de saúde. Uma das interpretações associa a equidade à máxima de "tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades", destacando a importância de adequar as intervenções às particularidades de cada indivíduo para produzir resultados mais justos.

Outra perspectiva, entende a equidade como um mecanismo de compensação das desigualdades estruturais, defendendo a priorização de recursos e ações para populações em situação de maior vulnerabilidade. Há ainda interpretações que vinculam a equidade à lógica utilitarista da maximização dos benefícios, enfatizando a eficiência na alocação de recursos para alcançar o maior impacto possível na saúde. Um quarto entendimento relaciona a equidade ao mérito social, sugerindo que o acesso a serviços de saúde poderia considerar o esforço individual ou a contribuição do sujeito à sociedade, uma abordagem mais

controversa e seletiva. Outro entendimento percebido nos estudos foi a equidade no marco dos direitos, considerando-a uma expressão de justiça social, onde todos devem ter acesso igualitário à saúde por se tratar de um direito humano fundamental. A coexistência dessas distintas interpretações pode impactar nas formas como o conceito de equidade é incorporado aos documentos de planejamento (FORTES, 2008).

Além do mais, o debate sobre a equidade em políticas públicas de saúde envolve discussões entre ideários de universalização e de focalização. Enquanto a universalidade defende o acesso igualitário a todos como expressão de cidadania, a focalização direciona esforços e recursos para grupos em maior vulnerabilidade social, buscando corrigir desigualdades históricas e estruturais (KERSTENETZKY, 2006). No campo da Saúde, esse confronto adquire relevância particular, pois evidencia o desafio de compatibilizar a justiça distributiva, buscando tratar desigualmente os desiguais, com a preservação do direito universal à atenção integral (KERSTENETZKY, 2006; FLEURY, 2007).

A delimitação temporal deste estudo abrange o período de 2020 a 2023, correspondente à vigência do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023, que serve como referência estratégica para a formulação dos Planos Estaduais de Saúde (PES) no mesmo ciclo. Embora alguns estados já tenham publicado os PES 2024–2027, nem todos disponibilizaram esses documentos de forma pública e acessível até o momento. Além disso, é comum que os planos estaduais passem por revisões, reprogramações e ajustes durante o período de vigência, o que poderia comprometer a análise entre os estados. Dessa forma, a escolha do ciclo anterior (2020–2023) mostra-se metodologicamente mais estável e adequado, permitindo a análise de um período concluído, com maior completude documental e menor risco de interferência por alterações em curso.

Em relação à delimitação espacial, o estudo abrange as 27 Unidades Federativas do Brasil, incluindo os 26 estados e o Distrito Federal. Essa abrangência permite uma análise das diferentes abordagens adotadas pelos estados brasileiros na incorporação da equidade em seus respectivos PES, considerando as diversidades regionais, socioeconômicas e culturais que caracterizam o país e seus contextos regionais.

Para compreender as variações nas traduções estaduais da equidade em saúde, este estudo adota o conceito de "difusão por tradução" de políticas públicas.

Esse conceito reconhece que a transferência de políticas entre diferentes contextos não ocorre de forma linear ou mecânica, mas envolve processos de interpretação, adaptação e reconfiguração das ideias originais, (COÊLHO; CAVALCANTE; TUGEON, 2016; COÊLHO, 2012; DANTAS, 2023).

Diante do exposto, a pergunta central que orienta este estudo é: como o conceito de equidade está presente e como é definido nos Planos Estaduais de Saúde, a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2020–2023? Ao responder a essa questão, pretende-se contribuir para a compreensão dos processos de tradução de políticas públicas em contextos federativos, evidenciando como a equidade é apropriada, redefinida e incorporada nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, oferecendo subsídios para o aprimoramento das estratégias de promoção da equidade em saúde.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar criticamente a presença e a definição do conceito de equidade no Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e sua interpretação nos Planos Estaduais de Saúde das 27 unidades federativas brasileiras no mesmo período.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a presença e a forma de definição da equidade no Plano Nacional de Saúde (2020–2023);
- Examinar a presença da equidade nos Planos Estaduais de Saúde (PES) das 27 unidades federativas;
- Analisar como o conceito de equidade é definido ou descrito nos PES;
- Comparar as interpretações da equidade entre o plano nacional e os planos estaduais, identificando convergências e particularidades.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e abordagem teórico-metodológica

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, orientada pela técnica de análise de conteúdo categorial, conforme proposta por Bardin (2011). Essa abordagem permite a sistematização e interpretação de dados textuais, possibilitando a identificação de padrões, recorrências e variações na forma como o conceito de equidade é mobilizado nos documentos analisados.

A escolha pela análise documental fundamentou-se no fato de que os planos de saúde constituem instrumentos oficiais de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais se materializam diretrizes, prioridades e concepções que orientam a formulação e a execução das ações e políticas de saúde. Dessa forma, a análise desses documentos possibilita não apenas identificar conteúdos explicitamente apresentados, mas também compreender concepções, sentidos e perspectivas subjacentes que permeiam os processos de formulação, adaptação e incorporação das políticas públicas nos diferentes contextos institucionais.

Esta pesquisa fundamentou-se na perspectiva da difusão de políticas públicas por meio da tradução, a qual parte do pressuposto de que, em contextos federativos descentralizados, diretrizes formuladas no nível central não são simplesmente reproduzidas nos níveis subnacionais, mas reinterpretadas e ressignificadas conforme contextos políticos, institucionais e sociais específicos.

Corpus da pesquisa e critérios de seleção

O corpus da pesquisa foi composto pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023 e pelos 27 Planos Estaduais de Saúde (PES) correspondentes às 26 unidades federativas e ao Distrito Federal, referentes ao mesmo período.

Os documentos foram selecionados com base em sua disponibilidade em fontes oficiais, sendo obtidos por meio de consulta aos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Como critérios de inclusão, considerou-se:

- Documentos oficialmente publicados;
- Vigentes no período de 2020 a 2023;
- Disponibilidade integral para consulta pública.

Foram excluídos documentos que não correspondessem aos Planos

Estaduais de Saúde referentes ao período de 2020 a 2023, versões não oficiais, documentos incompletos ou indisponíveis para consulta integral e arquivos duplicados.

Procedimentos de coleta e organização dos dados

A coleta de dados consistiu na identificação de trechos relacionados ao conceito de equidade e termos correlatos (Quadro 1). A identificação dos termos foi realizada mediante leitura integral dos documentos e utilização da ferramenta de busca textual disponível nos arquivos digitais, utilizando como descritores os termos "equidade", "igualdade", "desigualdade", "iniquidade" e "justiça social". Para sistematização das informações, foi elaborada uma matriz analítica construída previamente à coleta de dados, com campos padronizados para identificação do documento, localização do trecho, frequência de ocorrência, contexto de uso, presença de definição explícita e observações (Apêndices 1,2,3 e 4). Considerou-se definição explícita toda formulação textual que apresentasse descrição conceitual direta do termo equidade, diferenciando-o ou caracterizando-o em relação a outros conceitos presentes no campo da saúde pública.

Essa etapa possibilitou a organização dos dados em quadros sintéticos, facilitando a visualização de padrões e variações entre os documentos analisados. Os dados foram organizados e sistematizados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel versão 2016, utilizadas para registro das ocorrências, categorização dos trechos analisados e consolidação das informações obtidas nos documentos. Todas as etapas de leitura, extração, organização e análise dos dados foram realizadas por uma única pesquisadora, responsável pela condução integral do estudo.

Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida conforme as três etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin (2011):

a) Pré-análise

Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante dos documentos, com o objetivo de familiarização com o material e identificação preliminar de conteúdos relacionados à equidade. Também foram definidos os critérios analíticos e elaborada a matriz de categorização.

b) Exploração do material

Na etapa de exploração, procedeu-se à codificação e categorização dos dados, a partir dos seguintes eixos analíticos:

- Presença explícita do termo “equidade”: identificação de menções diretas ao conceito;
- Frequência de ocorrência: quantificação das vezes em que o termo aparece nos documentos;
- Contexto de uso: análise das seções e dos trechos nos quais o termo é mobilizado;
- Uso de termos correlatos: identificação de expressões associadas à equidade, como igualdade, desigualdade, iniquidade e justiça social (Quadro 1);
- Definição do conceito: identificação e análise de definições explícitas de equidade;
- Aproximação com o PNS: verificação da correspondência entre as definições estaduais e o plano nacional;

Além disso, as definições identificadas foram agrupadas em categorias analíticas, que emergiram do próprio material empírico, sendo construídas por aproximação temática entre as definições identificadas nos documentos, em consonância com a técnica de análise de conteúdo categorial proposta por Bardin (2011).

c) Tratamento dos resultados e interpretação

Na etapa final, os dados foram organizados e interpretados à luz do referencial teórico da tradução de políticas públicas, buscando compreender como o conceito de equidade é apropriado, reinterpretado e ressignificado nos diferentes contextos estaduais. Foram analisadas convergências, divergências e particularidades na forma de uso e definição do termo, evidenciando os distintos modos de incorporação da equidade no planejamento em saúde.

Considerando a complexidade e a polissemia do conceito de equidade, foram incluídos na análise termos correlatos, como igualdade, desigualdade, iniquidade e justiça social, conforme apresentado no Quadro 1. A inclusão desses termos permitiu ampliar a compreensão do campo semântico da equidade nos documentos, identificando formas indiretas de mobilização do conceito.

Quadro 1: Termos correlatos ao conceito de equidade e seus autores:

Termo correlato	Síntese conceitual	Autores e principais referências
Igualdade	Refere-se à igualdade formal ou de acesso, frequentemente associada à oferta uniforme de bens e serviços, sem considerar as diferenças nas necessidades dos grupos sociais. É um conceito normativo que orienta políticas universais, mas que, isoladamente, pode reproduzir desigualdades.	Rawls (2002): distingue igualdade formal e equidade Sen (1992, 2011): critica a igualdade de recursos e propõe a igualdade de capacidades. Dahlgren & Whitehead (1991): abordam igualdade de oportunidades em saúde. Paim (2006) – discute igualdade no contexto do SUS.
Desigualdade	Refere-se às diferenças observáveis entre grupos populacionais, sejam econômicas, sociais, territoriais ou de saúde. Nem toda desigualdade é injusta, mas as desigualdades sistemáticas e evitáveis indicam iniquidades.	Whitehead (1992): diferencia desigualdade de iniquidade em saúde. Marmot (2005): relaciona desigualdades sociais e saúde. Barata (2009): discorre sobre como as desigualdades sociais afetam a saúde.
Iniquidades	Refere-se às desigualdades consideradas injustas e evitáveis, derivadas de condições sociais desiguais. É um conceito ético e político, mais do que estatístico.	Whitehead (1991): define iniquidade como desigualdade injusta e evitável. Braveman & Gruskin (2003): enfatizam o caráter moral e político das iniquidades em saúde. Nunes, Santos, Barata e Vianna (2001): uso do termo no contexto brasileiro. Paim (2013): iniquidades como expressão da estrutura social.
Justiça Social	Está na base teórica da equidade; implica reconhecimento e redistribuição de recursos para compensar desigualdades estruturais. Busca garantir condições equitativas para todos.	Rawls (1971): formula o princípio da justiça como equidade Fraser (2002): justiça social como equilíbrio entre redistribuição e reconhecimento. Sen (2011) – relaciona justiça social à liberdade e às capacidades humanas.

Fonte: elaborado pelo autor

Procedimentos Éticos

A investigação não envolveu a coleta de dados com seres humanos, tampouco informações sensíveis, identificáveis ou confidenciais, sendo,

portanto, dispensada a necessidade de tramitação em Comitê de Ética e Pesquisa, conforme dispõe a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normas aplicáveis a pesquisas nas áreas de ciências humanas e sociais com uso de dados públicos e acessíveis (BRASIL, 2016).

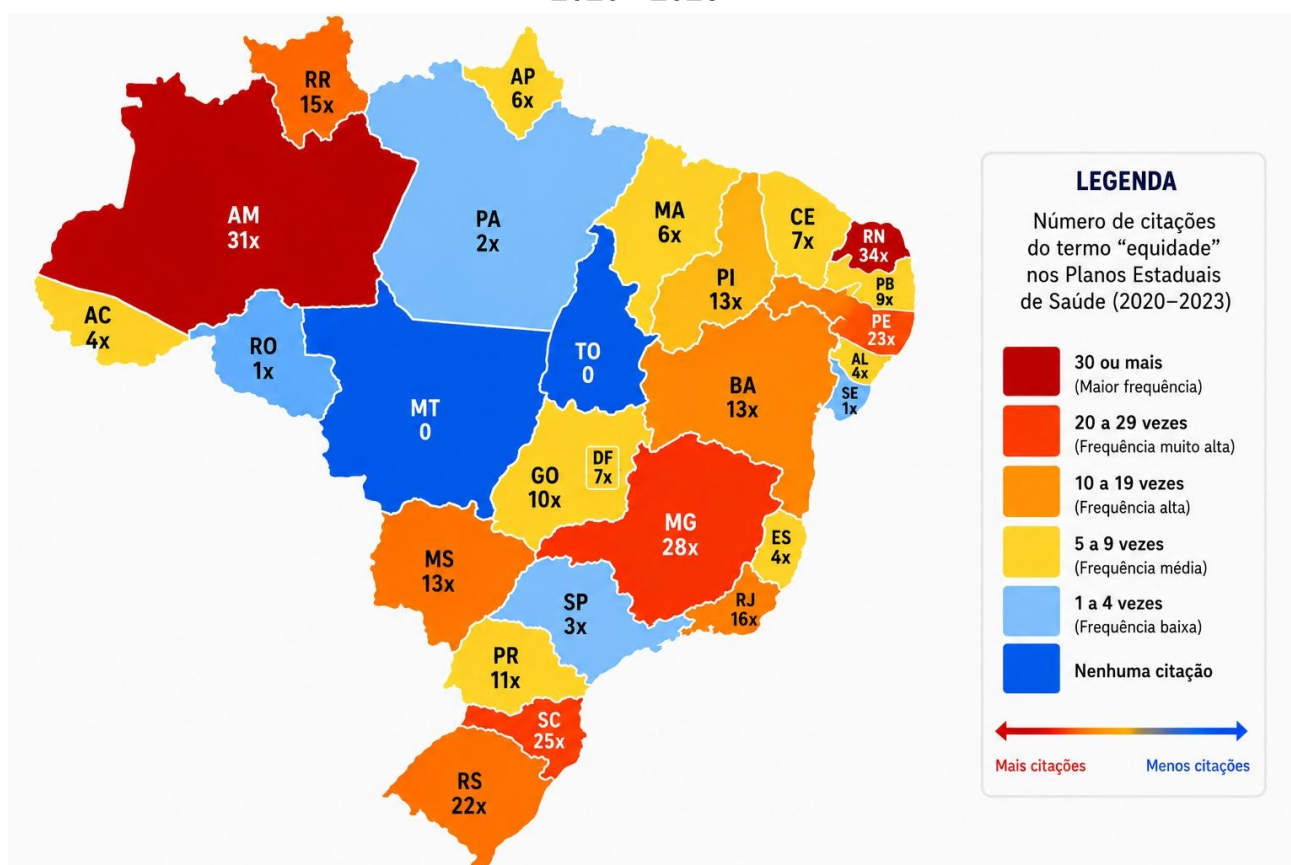
RESULTADOS

A análise dos Planos de Saúde, instrumentos de planejamento da política de saúde nas esferas nacional e estaduais, revelou a presença do termo “equidade” no Plano Nacional de Saúde (2020–2023) e na quase totalidade dos Planos Estaduais de Saúde (PES) do mesmo período. O Apêndice 1 apresenta a sistematização desses achados, contemplando a presença e o número de ocorrências do termo “equidade” nos documentos analisados.

O termo “equidade” esteve presente em 25 dos 27 Planos Estaduais de Saúde analisados, com variação expressiva na frequência de menções, evidenciando diferentes níveis de incorporação do termo nos documentos. Apenas nos PES dos estados de Mato Grosso e Tocantins não foi identificado menção ao termo.

Os PES que incorporaram maior número de ocorrências do termo, foram do Rio Grande do Norte (34), Amazonas (31) e Minas Gerais (28), com menor frequência, Rondônia (1), Sergipe (1) e Pará (2). No que se refere à distribuição regional, a presença do termo “equidade” foi identificada em todas as macroregiões do país, ainda que com diferentes frequências entre os estados de uma mesma macrorregião.

Figura 1 – Frequência de citações do termo “equidade” nos Planos Estaduais de Saúde 2020 - 2023



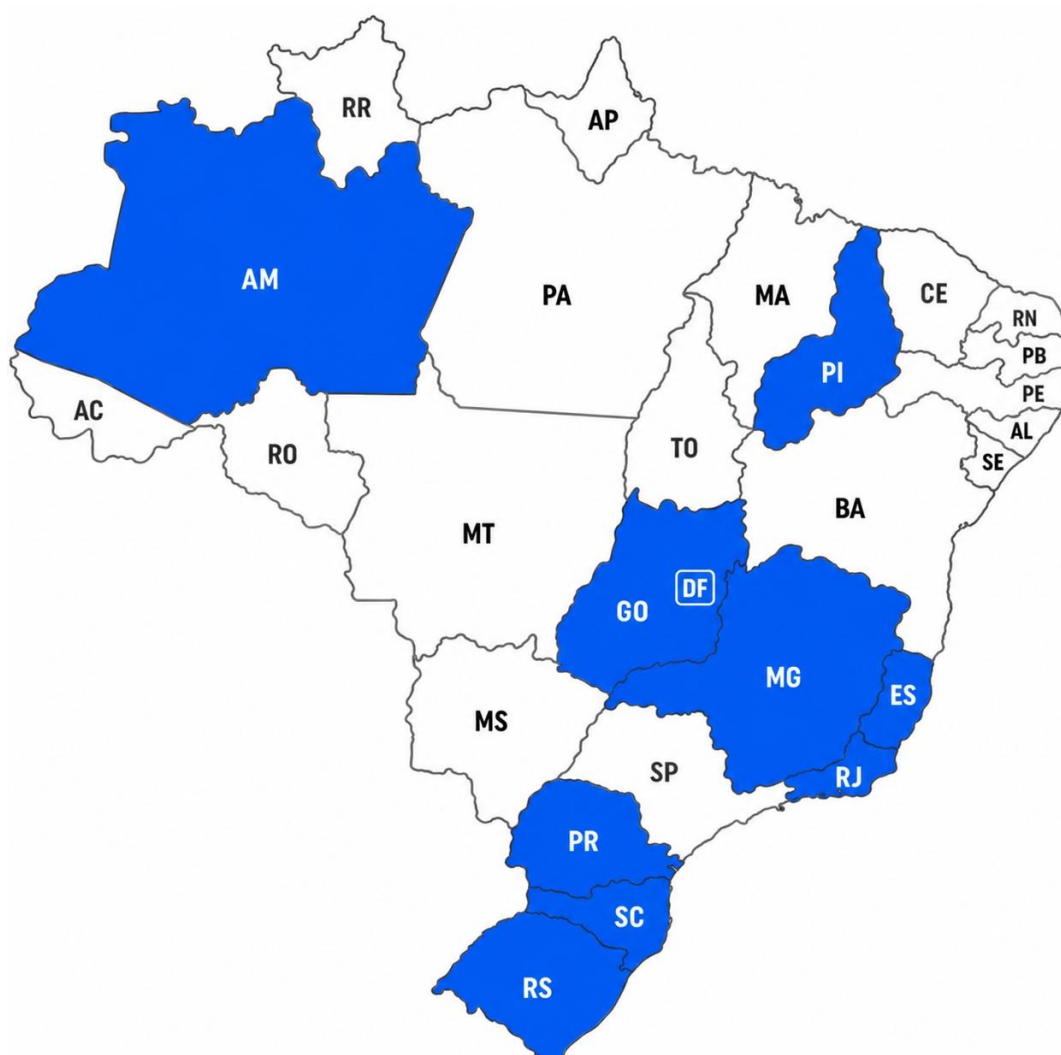
Fonte: elaborado pelo autor.

diferentes seções dos Planos de Saúde e aparece frequentemente associado aos princípios do Sistema Único de Saúde, como universalidade e integralidade.

O termo também aparece vinculado a questão do acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção e redução de desigualdades, sendo destacado nos itens descrição de diretrizes e objetivos institucionais, integrando formulações normativas e orientadoras dos planos.

Buscou-se identificar ainda, nos Planos Nacional e Estaduais de Saúde, a presença de definições explícitas de “equidade”. Verificou-se que, dentre os 28 planos analisados, apenas dez apresentam definição do conceito, a saber: Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O apêndice 3 apresenta os trechos nos quais essas definições foram identificadas, conforme registradas nos respectivos documentos.

Figura 2 – Estados que apresentam definição para o termo “equidade” nos Planos Estaduais de Saúde 2020 - 2023



Fonte: elaborado pelo autor.

As definições de equidade encontradas variam de formas mais sintéticas até

as necessidades dos indivíduos ou grupos, e, outras definições incorporaram elementos adicionais como determinantes sociais da saúde, desigualdades regionais e condições de vida da população.

Na sequência, buscou-se categorizar as definições de equidade explicitadas nos planos, levando em consideração aspectos fundamentais que diferenciam a compreensão sobre equidade elencados para o presente estudo, por considerar a complexidade e a polissemia de tal conceito. Dessa forma, quatro categorias foram definidas. A primeira categoria reúne definições que compreendem a equidade como justiça distributiva e tratamento diferenciado, enfatizando o reconhecimento das necessidades específicas dos indivíduos ou grupos. A segunda categoria abrange definições que articulam a equidade aos determinantes sociais da saúde, destacando aspectos como desigualdades sociais, vulnerabilidades e condições de vida. A terceira categoria contempla definições centradas na redução de desigualdades regionais, com ênfase nas especificidades territoriais. Por fim, a quarta categoria reúne definições que associam a equidade à garantia de acesso e à organização das ações e serviços de saúde.

Essa sistematização permitiu identificar diferentes compreensões, considerando características expressas em cada definição como apresentado no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Categorias de definições do conceito de equidade nos Planos Estaduais de Saúde (2020–2023)

Categoria de definição	Caracterização:	Unidades Federativas:
Equidade como justiça distributiva e tratamento diferenciado	Reconhecimento das necessidades específicas e oferta de ações diferenciadas	Goiás; Rio Grande do Sul; Piauí
Equidade baseada nos determinantes sociais da saúde	Relação com desigualdades sociais, vulnerabilidade e condições de vida	Minas Gerais; Distrito Federal; Paraná
Equidade como redução de desigualdades regionais	Ênfase nas desigualdades territoriais e regionais	Amazonas
Equidade como diretriz de acesso e organização do sistema	Vinculação ao acesso, organização da atenção e políticas de saúde	Espírito Santo; Rio de Janeiro; Santa Catarina

Fonte: elaborado pelo autor.

A identificação de termos correlatos à equidade nos planos de saúde analisados, especificamente “igualdade”, “desigualdade”, “iniquidade” e “justiça social”, evidenciou diferentes formas de mobilização do campo semântico da equidade. O Quadro 3 apresenta uma síntese relacionando o termo correlato encontrado com as seções dos documentos e exemplos das ocorrências.

Termo correlato:	Principais contextos de uso:	Exemplos de conteúdo associado:
Iniquidade	Diferenças injustas em saúde; vulnerabilidade; disparidades territoriais	Iniquidades regionais; sociais; em saúde; entre grupos populacionais
Igualdade	Direitos; cidadania; acesso; políticas públicas	Igualdade de direitos; igualdade de acesso; igualdade de condições
Justiça social	Diretrizes e princípios; fundamentação das políticas	Redução de desigualdades; promoção de direitos; base ética das ações em saúde

Fonte: elaborado pelo autor.

O termo correlato “desigualdade” aparece com maior frequência, sendo utilizado para descrever disparidades regionais, sociais e de acesso aos serviços de saúde. Já “iniquidade”, mobilizado em diversos contextos, aparece associado a situações de vulnerabilidade e diferenças no estado de saúde da população. A “igualdade” aparece em menor frequência e, em geral, vinculado a direitos, cidadania e condições de acesso, enquanto a expressão “justiça social” é utilizada em contextos mais amplos, frequentemente associada a diretrizes e princípios orientadores das políticas de saúde.

Os termos correlatos foram mobilizados tanto em trechos descritivos quanto em formulações normativas, compondo análises de contexto, justificativas para ações e diretrizes institucionais, sem necessariamente apresentarem definição conceitual explícita.

Os resultados evidenciam que o termo “equidade” está amplamente presente nos instrumentos de planejamento em saúde analisados, ainda que com diferentes níveis de destaque e aprofundamento conceitual. Além das menções ao termo, observou-se a utilização de termos correlatos e a apresentação de definições em parte dos planos de saúde examinados. Verificou-se, ainda, diferenças na forma de abordagem, contextualização e operacionalização da equidade, revelando distintas compreensões e usos do conceito entre os entes federativos, conforme demonstrado pelas categorias analíticas construídas.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que o termo “equidade” esteve amplamente presente nos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde, tanto no Plano Nacional, quanto nos Planos Estaduais de Saúde do período analisado (2020–2023). Foi possível identificar o termo em 25 dos 27 planos estaduais, fato que pode corroborar com a ideia da centralidade normativa da equidade nos planos de saúde analisados. Entretanto, a variação expressiva da frequência de ocorrências entre os PES sugere diferentes níveis de incorporação. Essa heterogeneidade pode indicar que, embora a equidade esteja institucionalmente reconhecida, sua centralidade no planejamento estadual ocorre em distintos graus de priorização e internalização nos planos estaduais de saúde.

Cabe ressaltar que a variação na frequência de ocorrência do termo equidade entre os PES não permite ser explicada por um único fator, podendo estar relacionada a uma multiplicidade de elementos que influenciaram a formulação dos referidos instrumentos de planejamento. Entre esses fatores, podem-se considerar aspectos institucionais, como capacidades técnico-administrativas das Secretarias Estaduais de Saúde; aspectos políticos, relacionados às prioridades de gestão; e fatores contextuais, como características socioeconômicas e territoriais de cada unidade federativa. Além disso, a própria forma de elaboração dos planos, incluindo processos participativos, uso de modelos ou diretrizes nacionais e equipes técnicas envolvidas, são aspectos que podem influenciar a presença e a centralidade do termo equidade (COÊLHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2015).

Em relação à análise da presença do termo equidade nas diferentes seções dos planos (Apêndice 2) foi possível perceber que a equidade é frequentemente mobilizada como um elemento normativo, presente em diretrizes e princípios, mas nem sempre acompanhada de detalhamento ou definição. Nesse sentido, a presença reiterada da equidade, observada nos documentos, pode atuar como elemento de legitimação das políticas, ainda que sua tradução em estratégias concretas não seja explicitada de forma sistemática.

A recorrente associação do termo “equidade” com os princípios doutrinários do SUS, universalidade e integralidade, pode ser compreendida tanto à luz da construção histórica do Sistema Único de Saúde, especialmente no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, quanto a partir de outros fatores indutivos mais recentes que têm influenciado a formulação das políticas públicas de saúde. Conforme destaca Paim (2009), a incorporação desses princípios não se deu apenas como diretriz técnica, mas como expressão de um projeto político de ampliação de direitos sociais.

A presença de termos correlatos como “desigualdade”, “iniquidade”, “igualdade” e “justiça social” (Quadro 1) possibilitou a ampliação da compreensão de como o campo semântico da equidade pode ser mobilizado nos documentos analisados. Observou-se que esses termos aparecem com diferentes funções: “desigualdade” e “iniquidade” foram frequentemente utilizados em análises situacionais e diagnósticos, indicando um reconhecimento das desigualdades, enquanto, “igualdade” e “justiça social” tenderam a surgir em formulações normativas e princípios orientadores. Nessas perceptivas a equidade assume uma dimensão ética e política, ao propor a diminuição de diferenças evitáveis e injustas, por meio de uma assistência à saúde compatível com a dignidade humana, ainda que nem sempre articulado a estratégias de enfrentamento.

Tais abordagens estão presentes nas discussões no campo da Saúde Coletiva. Barata (2009) por exemplo, destaca como as condições sociais, econômicas e territoriais produzem padrões diferenciados de adoecimento e acesso aos serviços.

Apesar da ampla utilização do termo equidade e de seus correlatos evidenciou-se que apenas uma parcela reduzida de PES (dez) apresenta de forma explícita o conceito de equidade. Sobre tal achado podemos inferir que há uma dissociação entre a utilização do termo e sua delimitação conceitual. A ausência de definição em grande parte dos planos pode indicar que o conceito é tomado como autoevidente, dispensando explicitação, ou ainda, que há dificuldades em traduzi-lo em termos operacionais.

Segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) pouca atenção tem sido dada às questões conceituais do termo equidade, sendo estudada principalmente a partir de uma perspectiva epidemiológica. Barros et. al (2016) destacam a urgência em definir qual a equidade que queremos para o SUS, que bases teóricas ela está apoiada e quais os parâmetros possíveis na definição dos caminhos que a Saúde Pública irá trilhar em tempos de pluralismo ético, político e social.

Entre os planos que apresentaram uma definição explícita de equidade, três categorias foram criadas levando em consideração aspectos fundamentais que diferenciam a compreensão sobre equidade. Observou-se que a equidade é frequentemente compreendida como tratamento diferenciado segundo necessidades, perspectiva alinhada à tradição da justiça distributiva em saúde. Essa abordagem, identificada nos planos de saúde de estados como Goiás, Piauí e Rio Grande do Sul, dialoga com a definição clássica de Margaret Whitehead (1992), que compreende a equidade como a eliminação de desigualdades evitáveis e injustas, implicando ações diferenciadas para grupos em situações distintas.

Outra dimensão identificada nas definições é a incorporação dos determinantes sociais da saúde, especialmente nos PES de estados como Minas Gerais, Distrito

como elemento estruturante das desigualdades em saúde no Brasil, particularmente em contextos marcados por grandes extensões geográficas e dificuldades de acesso aos serviços.

Em estados como Rio de Janeiro, Espírito Santo e Santa Catarina, as definições de equidade presentes nos PES analisados tenderam a associar a equidade à garantia de acesso e à organização dos serviços de saúde, enfatizando sua dimensão operacional no sistema, ao vincular o conceito à regulação do acesso, à organização das redes de atenção e à qualidade dos serviços, aproximando-se de uma leitura mais gerencial da equidade.

Tais perspectivas estão em consonância com estudos do campo da Saúde Coletiva. Autores como Giovanella e Almeida (2017), Santos (2003) e Barata *et al.* (2001), evidenciam o papel das desigualdades regionais e da organização territorial do sistema de saúde na produção dessas iniquidades ao compreender o território como expressão de processos sociais desiguais, o que se reflete nas condições de vida e saúde da população.

O estudo de Nunes (2011) ressalta que a equidade não se limita apenas à garantia formal do acesso aos serviços, mas envolve a adoção de mecanismos capazes de compensar desigualdades socialmente produzidas. Já o estudo de Santos e Giovanella (2014) destaca que a organização do sistema em redes regionalizadas busca justamente promover maior equidade no acesso, ao ordenar fluxos assistenciais e reduzir desigualdades na oferta de serviços entre territórios. De modo semelhante, Lima *et al.* (2012) enfatiza que a regionalização constitui uma estratégia central para enfrentar as iniquidades no SUS, ao articular diferentes níveis de atenção e racionalizar a distribuição de recursos.

Tais perspectivas podem ser compreendidas à luz das transformações recentes na gestão do SUS, especialmente no contexto da regionalização e da consolidação das redes de atenção à saúde, nas quais a equidade passa a ser também um critério para organização da oferta e focalização de recursos (FLEURY, 2007). Essa leitura mais gerencial da equidade aponta para uma reconfiguração do conceito no âmbito da gestão do SUS, na qual o princípio passa a ser mobilizado como critério técnico para organização da oferta de serviços e definição de prioridades.

Fleury (2007) alerta que, apesar de tais abordagens possam contribuir para a racionalização do sistema e para a ampliação do acesso em contextos de escassez de recursos, ela também pode implicar numa redução do alcance político e social da equidade, ao deslocá-la de seu caráter estruturante, vinculado à justiça social e ao enfrentamento das desigualdades, para uma dimensão predominantemente focalizada, podendo gerar conflitos com a noção de universalidade do SUS. Nunes (2011) ao

afinal é um princípio de justiça social, que não se restringe à ideia de alocação de recursos, por meio de exclusão seletiva de procedimentos, mas sim pela priorização dos mais vulneráveis e aqueles que mais necessitam de assistência à saúde. Portanto, como destacam Barros e Sousa (2016), a equidade, em sentido mais genérico, tem sido utilizada como expressão de direitos sociais, o que a aproxima do conceito e do sentido de igualdade, frequentemente assim entendidos no âmbito da saúde enquanto em um sentido mais específico, o qual leva em conta as especificidades de diferentes situações, expressa o impedimento da produção de injustiça.

Incorporar a equidade como instrumento de um modelo de gestão, requer a incorporação de diretrizes como: os determinantes sociais, a priorização de ações e serviços segundo necessidades dos indivíduos, adoção de políticas para populações específicas, além de ajustes nas ofertas de cuidado por meio da promoção da descentralização dos serviços. Nesse sentido, favorece a tradução de mecanismos concretos de organização do cuidado, mas também coloca em evidência tensões entre sua dimensão normativa e sua aplicação prática, especialmente quando orientada por critérios técnicos, que nem sempre explicitam os processos sociais que produzem as desigualdades em saúde e o contexto populacional. Dessa forma, a equidade deixa de ser definida apenas de uma maneira normativa e passa a assumir uma dimensão operacional, vinculada a mecanismos de regulação, planejamento e gestão do cuidado.

No entanto, como aponta Campos (2007), a incorporação de princípios como a equidade na gestão exige mais do que instrumentos técnicos, implicando processos de negociação, pactuação e construção coletiva no âmbito do sistema. Assim, a leitura mais gerencial da equidade, identificada nesses planos, evidencia sua tradução em práticas organizacionais, ao mesmo tempo em que revela os desafios de articulá-la com sua dimensão política e social no contexto da gestão do SUS. O autor ainda ressalta que a gestão em saúde envolve a articulação entre dimensões técnicas e políticas, o que implica a constante negociação de conceitos e práticas.

A diversidade das definições identificadas ressaltou o caráter polissêmico e multidimensional da equidade, que pode assumir diferentes significados conforme o contexto em que é mobilizada, neste caso, planos de saúde, expressam na coexistência de abordagens distributivas, sociais, territoriais e organizacionais. A ausência de padronização nas definições e a multiplicidade de usos de termos correlatos à equidade evidenciou a complexidade de sua inserção nos instrumentos de política e planejamento em saúde e sugere que o processo da sua incorporação em tais documentos ordenadores ocorre de forma descentralizada e contextualizada, refletindo o caráter federativo do SUS. Além disso, a forma como a equidade foi compreendida pelos estados, em seus planos de saúde, não se expressa apenas na presença de

saúde, como redução de desigualdades regionais e como diretriz de acesso e organização do sistema) foi possível perceber e corroborar com a hipótese de que o conceito é interpretado de maneira plural nos contextos estaduais. Piedras *et al.* (2025) argumentam que a tradução de princípios normativos em práticas enfrenta um emaranhado de variáveis, já bem documentadas na literatura de implementação: desde o próprio desenho das políticas, a resistência institucional e dos atores envolvidos, a falta de recursos adequados, até a interpretação das normas e a limitada capacidade de adaptação das políticas às necessidades específicas dos contextos locais. Dessa forma, reafirmamos a compreensão de estudiosos de reconhecer e compreender que não existe um entendimento único para equidade nem na literatura, nem entre os atores sociais (SILVA E ALMEIDA, 2009; PIEDRAS *et al.*, 2025).

Apesar da polissemia que envolve o sentido de equidade, e a dificuldade em construções de ações e estratégias em saúde para a operacionalização deste princípio do SUS, foi possível identificar a preocupação de garantir acesso universal, igualitário e não discriminatório aos serviços e, no atendimento, de privilegiar os mais necessitados clínica ou socialmente.

Conforme argumenta Vieira-da-Silva e Filho (2009), conceitos centrais da Saúde Coletiva, como equidade, frequentemente apresentam múltiplas interpretações, podendo gerar dificuldades para sua operacionalização nos instrumentos de gestão em saúde. Essa variação pode ser compreendida pelo caráter federativo do SUS e da perspectiva da tradução de políticas públicas, onde as diretrizes nacionais podem ser reinterpretadas nos contextos estaduais.

Corroboramos com tais argumentos ao evidenciarmos que apesar da presença recorrente do termo equidade e seus correlatos relevante do ponto de vista normativo, não se traduziu em definições claras e, conseqüentemente, em estratégias operacionais consistentes na maioria dos Planos Estaduais de Saúde, evidenciando a importância de fortalecer sua incorporação nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde. Portanto, há necessidade de maior qualificação conceitual da equidade nos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde, de modo a favorecer referências mais objetivas e alinhadas para sua compreensão e operacionalização entre os diferentes níveis de gestão. Tal aprimoramento pode contribuir para reduzir divergências interpretativas e fortalecer a capacidade do conceito de orientar a definição de prioridades, objetivos e estratégias de ação em saúde. Sob tal ponto de vista, destaca-se a necessidade de aprimorar a articulação entre o nível nacional e estadual, de modo a orientar processos de tradução mais alinhados entre os diferentes contextos de gestão, sem comprometer a adaptação às especificidades territoriais, institucionais e populacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo “equidade” apesar de amplamente presente nos Planos Nacional e Estaduais de Saúde, na maioria dos documentos não vem acompanhado de definição conceitual explícita. Tal aspecto contribui na percepção da dissociação entre a dimensão normativa da equidade e sua efetiva incorporação nos processos de planejamento em saúde.

A existência de múltiplas compreensões do conceito de equidade se traduz nas perspectivas distributivas, sociais, territoriais e organizacionais, o que evidencia o caráter polissêmico, suscetível a múltiplas leituras e sentidos práticos do conceito e sua capacidade de incorporar distintas dimensões da realidade local.

Há de se destacar a representação da equidade como um elemento central, frequentemente associada, aos princípios de universalidade e integralidade, conforme retradada nos instrumentos de política, planejamento e gestão da saúde analisados. Reafirma o princípio constitucional de que as ações e serviços de saúde devem ser concebidas tanto para propiciar cobertura e atendimento universais, como permitir o acesso de todos cidadãos ao atendimento de suas necessidades de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, perpassando pela noção do efetivo exercício do dever do Estado para com a saúde

O uso de termos correlatos indicou que o campo semântico da equidade é mobilizado de maneira ampliada nos documentos, especialmente por meio de expressões como “desigualdade” e “iniquidade”, frequentemente utilizadas em análises situacionais. Esse achado sugere que há um reconhecimento das desigualdades em saúde, ainda que nem sempre acompanhado de estratégias sistematizadas para seu enfrentamento.

A utilização dos Planos de Saúde como fonte documental mostrou-se pertinente aos objetivos da pesquisa, uma vez que esses instrumentos expressam formalmente as diretrizes, prioridades e concepções que orientam o planejamento e a condução das políticas públicas de saúde nos diferentes níveis de gestão do SUS.

O estudo **contribuiu** para a compreensão dos processos de tradução das políticas públicas em saúde, demonstrando como diretrizes nacionais são reinterpretadas e resignificadas nos níveis subnacionais. Além disso, esta pesquisa oferece sugestões para o aprimoramento dos instrumentos de planejamento em saúde, especialmente ao evidenciar a importância de maior explicitação conceitual da equidade e de sua articulação com estratégias operacionais. Destaca-se a necessidade de fortalecer a integração entre os níveis de gestão, promovendo maior

elaboraões. A análise concentrou-se no conteúdo dos documentos, não contemplando a implementação das ações previstas nem a percepção dos atores envolvidos em sua formulação.

Por fim, sugere-se que estudos futuros aprofundem a análise da operacionalização da equidade nas políticas e práticas em saúde, investigando de que forma o conceito se traduz em ações concretas no âmbito do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o planejamento em saúde e para a consolidação das normativas que orientam o sistema. Além do mais, há a necessidade de se pensar a equidade em saúde como um processo em permanente transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência à medida que certos resultados são alcançados e que novos desafios vão surgindo.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, p. 41-67, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/7zWs4By9mFRYQPskSGLSDjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. Os barões da federação. **Lua Nova: revista de cultura e política**, p. 165-183, 1994. Disponível em: https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/pesquisa-eaesp-files/arquivos/abrucio_-_os_baroes_da_federacao.pdf. Acesso em: 07 mar. 2025.
- AGUIAR, Márcio Mucedula et al. A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. **Cadernos de Pesquisa do CDHIS**, v. 36, n. 37, p. 83-88, 2007. Disponível em: <https://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/NEAB/AGUIAR-%20MARCIO.%20A%20construcao%20das%20hierarquias%20sociais%20classe-%20raca-%20genero%20e%20etnicidade.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.
- ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 115-128, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kGzLZKCFrh3RVxS7f94rHNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- ALVES, Ana Rodrigues Cavalcanti. Apontamentos sobre o conceito de classe social em Florestan Fernandes. **Estudos de Sociologia, Recife**, v. 2, n. 26, p. 197-230, 2020. Disponível em: <https://scispace.com/pdf/apontamentos-sobre-o-conceito-de-classe-social-em-florestan-2u6hvg6vlp.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?. **Dados**, v. 53, p. 587-620, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/Lrm7KQHYssvHZk6GmRrnfF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26>. Acesso em: 20 mai. 2025.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p. Disponível em: <https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 9-18, 2016.
- BATISTA, Mariana; RIBEIRO, Ednaldo; ARANTES, Rogério (org.). As teorias e o caso. Santo André: Associação Brasileira de Editoras Universitárias, 2021. 568 p. Disponível em: https://editora.ufabc.edu.br/images/Livros/As_Teorias_e_o_Caso_Livro_Completo.pdf. Acesso em: 10 dez. 2024.
- BERRY, Frances Stokes; BERRY, William D. State lottery adoptions as policy innovations: An

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1470-9856.2008.00265.x>. Acesso em: 12 dez. 2024.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 11 dez 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 28 nov. 2025.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 dez. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS; 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 10 dez. 2024

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html . Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020 – 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023_2ed.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

direitos e deveres dos usuários da saúde e afirma o princípio da não discriminação na rede de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº2 / GM / MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano / Romani. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde e estabelece condição especial de cadastramento para a população cigana nômade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). População em Situação de Rua - Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília: MDHC; 2023.

Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Secretaria da Saúde do Estado do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Vitória; 2019. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Plano estadual de saúde 2020-2023.

Boa Vista, 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Plano-Estadual-de-Saude_RR_-2020_2023.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

BRAVEMAN, Paula; GRUSKIN, Sofia. Defining equity in health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003. Disponível em:

<https://jech.bmj.com/content/57/4/254.short>. Acesso em: 20 mai. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais.

Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 301-306, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/301-306/pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

in Brazil. **Brazilian Political Science Review**, v.6, p.56-87, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bpsr/a/CpZxGxHTpSryqYgLpfMQ5hz/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 de jan. 2025.

COÊLHO, Denilson Bandeira; CAVALCANTE, Pedro; TURGEON, Mathieu. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. **Revista de Sociologia e Política**, v.24, p.145-165, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/k6R5kwH6BqwtZPMxtgBL77s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mai. 2025.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 171-183, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n1/a23v15n1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. **Saúde e sociedade**, v. 15, p. 47-55, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dRxDdCthLrSL3cbsmCP6thp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 out 2024.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. *University of Chicago Legal Forum*, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 139–167, 1989. Disponível em: <<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>>. Acesso em: 5 fev. 2026.

DAHLBERG, Ingetraut. Teoria do conceito. *Ciência da Informação*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 101-107, 1978. Disponível em: <https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/115/115>. Acesso em: 31 out. 2024.

DAHLGREN, Göran et al. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies, v. 27, n. 1, p. 4-41, 1991. Disponível em: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2007_Li_Dahlgren.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

DANTAS, Sérgio Silva. Processo de difusão, transferência e tradução das políticas públicas: estudo de caso das políticas educacionais aplicadas no projeto do museu SESI Lab. 2023. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/de9429ab-6285-4d3b-b7a9-d741999ce1e4>. Acesso em: 23 mai. 2025.

DOLOWITZ, David P.; MARSH, David. Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy - making. **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5-23, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/0952-1895.00121>. Acesso em: 15 dez. 2024.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOWNS JR, George Woodrow. **Bureaucracy, Innovation, and Public Policy**. University of Michigan, 1976. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/60e8012e6140e0da9219167de2c78dfe/1?pq-origsite=scholar&chl=18750&diss=y>. Acesso em: 20 jun. 2024.

fev. 2025

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, p. 25-41, 1997.

FLEURY, Sonia. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 45-52, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/cWXGGBqKwJ566FJmXrXDcXg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.

FLEURY, Sonia. Dilemas da coesão social. **Nueva Sociedad**, v. 1, n. 1, p. 4-23, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ztXsRjvk4tk8dGT6K6Xcqbc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out 2025.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.696-701, 2008. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/download/3726/7555?inline=1>. Acesso em: 10 nov. 2024.

FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. **Revista crítica de ciências sociais**, n. 63, p. 07-20, 2002. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/1250>. Acesso em: 20 mai. 2025.

FÜGLISTER, Katharina. Where does learning take place? The role of inter governmental cooperation in Policy diffusion. **European Journal of Political Research**, v. 51, n. 3, p. 316-349, 2012. Disponível em: <https://ejpr.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1475-6765.2011.02000.x>. Acesso em: 10 dez. 2024.

GILARDI, Fabrizio. Four Ways We Can Improve Policy Diffusion Research. **State Politics & Policy Quarterly**, v. 16, n. 1, p. 8-21, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1532440015608761>. Acesso em: 15 dez. 2024

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, p. e00118816, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3759-3764, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/47yQkN7cFQmZg4dCxGgwXPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. de 2025.

GRISA, Catia; NIEDERLE, Paulo. Transferência, convergência e tradução de políticas públicas: a experiência da Reunião Especializada sobre Agricultura Familiar do Mercosul. **Dados**, v. 62, p. e20160099, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/MpnWfzZTnxvnxVQZnmpHzQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

based health agencies in Europe. **Novos estudos CEBRAP**, v. 36, n. 1, p. 77-96, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/nec/a/qQ7n5PjCC5spFBrQy97spfJ/?format=pdf&lang=en>.

Acesso em: 10 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:

https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/9d6f4faeda1f1fb7532be7a9240cc233.pdf. Acesso em: 12 mar. 2025.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Políticas Sociais: focalização ou universalização?. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 26, p. 564-574, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rep/a/4qDF8Yvm33v8bMPLHrbBK7P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out 2025.

KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo social**, v. 11, p. 63-81, 1999.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/ZJYsfjgGXTm8jCb3WxRhgkr/?lang=pt>. Acesso em: 03 de mar. de 2025.

LEWIS, Chrystal L. et al. Health equity: a concept analysis. **Nursingoutlook**, v. 71, n.5, p. 102032, 2023. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655423001379>. Acesso em: 10 jan. 2025.

LIGHT, Alfred R. Intergovernmental sources of innovation in state administration.

American Politics Quarterly, v.6, n.2, p.147-166, 1978.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1532673X7800600203>. Acesso em: 20 jun. 2024.

LIMA, Izabella de Bezerra et al. Social inequality in Peter Singer: buildingan interface with the Unified Health System / A desigualdade social em PeterSinger: construindo uma interface com o Sistema Único de Saude/ La desigualdad social en Peter Singer: construyendo una interfazconel Sistema Único de Salud. **Enfermagem Uerj**, v. 20, n.4, p. 537-542, 2012.

Disponível em:

<https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA372453014&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01043552&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E84b30848&aty=open-web-entry>. Acesso em: 20 ago. 2024.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2881-2892/pt> . Acesso em: 10 ago. 2025.

MACULAN, Benildes Coura Moreira dos Santos; LIMA, Gercina Angela Borém de Oliveira. Buscando uma definição para o conceito de “conceito”. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 22, n. 02, p. 54-87, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pci/a/5F7BjgVMJnBFsNHnsMTCMzM/?format=pdf&lan=pt>. Acesso em: 11 dez. 2025.

MARMOT, Michael. Social determinants of health inequalities. **The lancet**, v.365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140->

MOLIN, Sheila et al. Equidade na estratégia saúde da família (ESF). **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 113-118, 2015. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2999/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, p. e00115320, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n6/e00115320/pt>. Acesso em: 20 ago. 2025.

NUNES, André. **As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 37, p. 9-34, jul./dez. 2011.

NUNES, André; SANTOS, Richard Silva; BARATA, Rita Barradas; VIANNA, Solon Magalhães. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. 2001. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

OLIVEIRA, Osmany Porto de; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Policy transfer, diffusion, and circulation: research traditions and the state of the discipline in Brazil. **Novos estudos CEBRAP**, v.36, n.1, p.13-32, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/LHp9CcBWTR5VHXVmHyCFGYg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 dez. 2024.

OLIVEIRA, Osmany Porto de et al. Sociologia política da ação pública: teorias, abordagens e conceitos. 2021. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6338/1/1_Osmany%20Porto%20de%20Oliveira_Sociologia%20pol%C3%ADtica_9969.pdf. Acesso em: 10 dez. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, p.1927-1936, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n10/1927-1936/pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, p. 34-46, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2006.v15n2/34-46/pt>. Acesso em: 20 mai. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 767-782

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/v4fx5/pdf/matta-9788575415054.pdf#page=87>. Acesso em: 10 jan. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2024

PENNA, Claudia Maria Mattos; BRITO, Maria José Menezes; PORTO, Fernanda. Equidade e resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de Saúde:

. Acesso em: 20 mai. 2025

PIEDRAS, Roberta Cardoso et al. A equidade na implementação de políticas: uma temática implícita e subteorizada. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 30, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cgpc/a/SRDxX8WSFnbNwLJ7VKM8jdG/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2026.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, p. 449-458, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v21n2/11.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

PORTO, Silvia Marta. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. 1998. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/0a9daa54-1981-48ef-95bc-ba1d89bb982c/content>. Acesso em: 20 dez. 2024.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 201-246.

RAWLS, John. Uma teoria da justiça. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita Maria Rímoli Esteves. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

REGENS, James L. Statepolicy responses to the energy issue: An analysis of innovation. **Social Science Quarterly**, v. 61, n. 1, p. 44-57, 1980. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/42860672>. Acesso em: 20 jun. 2024.

RIBEIRO, José Mendes et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência& saúde coletiva**, v.23, n. 6, p. 1777-1789, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C3hTNXwkCW9Rgfh4P7D76y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 622-631, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2014.v48n4/622-631/pt/> . Acesso em: 10 jan. 2026

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. Política educativa, multiculturalismo e práticas culturais democráticas nas salas de aula. **Revista Brasileira de Educação**, n. 04, p. 05-25, 1997. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n04/n04a02.pdf>. Acesso em: 31 out. 2024.

SEGATTO, Catarina Ianni; ABRUCIO, Fernando Luiz. A gestão por resultados na educação em quatro estados brasileiros. 2017. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2951/1/RSP%20V.68%20N.1_artigo%20de%2085-106.pdf. Acesso em: 12 dez. 2024.

SEN, Amartya. A ideia de justiça. Editora Companhia das Letras, 2011. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=4zbFzxNtuSwC&oi=fnd&pg=PA1951&dq=SEN,+Amartya.+A+ideia+de+justi%C3%A7a.+S%C3%A3o+Paulo:+Companhia+das+Letras,+2010.&ots=klqNoTCxfU&sig=rz2X2QLVx9l8BRc5nEFN27yc1Y&redir_esc=y#v=onepage&q=SEN%2C%20Amartya.%20A%20ideia%20de%20justi%C3%A7a.%20S%C3%A3o%20Paulo%3A%20Companhia%20das%20Letras%2C%202010.&f=false. Acesso em: 20 mai. 2025.

SEN, Amartya. ¿ Por qué la equidad en salud?. **Revista Panamericana de salud pública**, v. 11, p. 302-309, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/es>. Acesso em: 10 dez. 2024.

SEN, Amartya. The political economy of targeting. Washington, DC: World Bank, 1992. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Hindriks-Jean/publication/5155655_The_Political_Economy_of_Targeting/links/53f4a0d50cf22be01c3ed4ea/The-Political-Economy-of-Targeting.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

SHIPAN, Charles R.; VOLDEN, Craig. The mechanisms of policy diffusion. **American journal of political science**, v. 52, n. 4, p. 840-857, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-5907.2008.00346.x>. Acesso em: 10 dez. 2024.

SILVA, André Luis Nogueira da. Os estados importam! Determinantes da cooperação subnacional nas políticas de educação e saúde do Brasil. 2020. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/0d3d5a64-c93a-4cd8-b98f-00bb5f2814c3/content>. Acesso em: 15 dez. 2024.

SILVA, André Luis Nogueira da; SEGATTO, Catarina Ianni. A atuação dos Estados na Difusão de Políticas Públicas no Brasil: a intersecção entre instituições, atores e ideias. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/d8a258fb-f3b4-4e79-9b17-240e34c60f19>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SILVA, Enid Rocha Andrade da Coordenadora. Agenda 2030: ODS – Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/56c4b5d1-4559-4774-b3e9-22fc3db1e955/content>. Acesso em: 20 ago. 2025.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Ângelo. Federalismo e políticas públicas. Brasília: Enap, 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3331/1/Livro_Federalismo%20e%20Pol%c3%adticas%20P%c3%ablicas.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024

SOARES, Márcia. Formas de Estado: federalismo. **Manuscrito. Belo Horizonte: UFMG/ DCP**, 2013. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56912961/Formas_de_estado_federalismo-libre.pdf?1530576609=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DFORMAS_DE_ESTADO_FEDERALISMO_1.pdf&Expires=1754587564&Signature=FJD6tLVGuAMZ9uT2nT4MOGxgSy1m25DUBrSsX5OLHpM1Sao-8abO-Xv83AP93yAH1wX8HS8iZvqT60UrrrgTv4AQGFlnau9popp-K9OZGTqeWcMwEITij9Rwoo8XVrNDi4J6oj21zPRx~A5oCh~qyGSsN~QvFN8tyxy45FBBqYL8TK6OCQ5XnMutOijZuLhf4iXqucTAIzI4yTzAglGcJ9WZipcr5W0JUJYq0I4uL836tEkFiCvbevdHoRq0DKadqr8PuO8wvQNrEe7Ek8SxZtR7qJLzLIOR106SPxYgpQoKYLOynmmgWOZvJWeV-KwD5R8nE1JsKN7D3TO1mzUw&Key-Pair-

SOUZA, José Alberto Hermógenes de. O sistema unificado de saúde como instrumento de garantia de universalização e equidade. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1987. p. 141-144.

TALMELLI, Luana Flavia da Silva; GRATÃO, Aline Cristina Martins; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Patezani. Desenvolvimento e Análise de Conceitos na Pesquisa. Florianópolis, v.7, n.1, p.09-15, 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, p. 58-68, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/drDbyDShTmJR8qsTv4TFzKg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan.2025.

VIANA, Ana Luiza D.'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto- lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2025.

VICENTE, Analia Ingridy Domingos et al. História da saúde pública no Brasil: a participação popular na " 8ª Conferência Nacional de Saúde". 2019. Disponível em: <https://dspace.sti.ufcg.edu.br/xmlui/bitstream/handle/riufcg/11266/ANALIA%20INGRIDY%20DOMINGOS%20VICENTE.%20LICENCIATURA%20PLENA%20EM%20HIST%C3%93RIA.%202019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 10 fev. 2025.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p.s217-s226, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **Health promotion international**, v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>. Acesso em: 20 ago. 2024.

Apêndice 1: Presença e frequência do termo “equidade” no Plano Nacional de Saúde e nos Planos Estaduais de Saúde (2020–2023), segundo unidade federativa e região

Unidade Federativa	Região	Presença do termo “equidade”	Número de ocorrências
Brasil	Não se aplica	Sim	15
Acre	Norte	Sim	4
Alagoas	Nordeste	Sim	4
Amapá	Norte	Sim	6
Amazonas	Norte	Sim	31
Bahia	Nordeste	Sim	13
Ceará	Nordeste	Sim	7
Distrito Federal	Centro-oeste	Sim	7
Espírito santo	Sudeste	Sim	4
Goiás	Centro-oeste	Sim	10
Maranhão	Nordeste	Sim	6
Mato Grosso	Centro-oeste	Não	0
Mato Grosso do Sul	Centro-oeste	Sim	13
Minas Gerais	Sudeste	Sim	28
Pará	Norte	Sim	2
Paraíba	Nordeste	Sim	9
Paraná	Sul	Sim	11
Pernambuco	Nordeste	Sim	23
Piauí	Nordeste	Sim	13
Rio de Janeiro	Sudeste	Sim	16
Rio Grande do Norte	Nordeste	Sim	34
Rio Grande do Sul	Sul	Sim	22
Rondônia	Norte	Sim	1
Roraima	Norte	Sim	15
Santa Catarina	Sul	Sim	25
São Paulo	Sudeste	Sim	3
Sergipe	Nordeste	Sim	1

Unidade Federativa	Região	Presença do termo “equidade”	Número de ocorrências
Tocantins	Norte	Não	0

Fonte: elaborado pelo autor

Apêndice 2: Contextualização da presença do termo “equidade” nos planos de saúde: trechos, seções e localização nos documentos

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Brasil	Não se aplica	"Introdução"	"Desse modo, o PNS busca ampliar e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, de modo oportuno, contrapondo-se para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros."
		"2.1. Missão, Visão e Valores". Subseção: "Missão"	"Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade."
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.1. Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde."	"Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de gênero, raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e geração e de ciclos de vida, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território."
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.2. Diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde (8o+8)." e "Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS"	"1. Consolidação do SUS como política pública inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda cidadã e a todo o cidadão, sem distinção, e os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular para o fortalecimento do SUS."
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.2. Diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde (8o+8)." e "Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS"	"4. Reafirmação, impulsionamento e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS - universalidade, integralidade e equidade - para garantir a saúde como direito humano e como base nas políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, garantindo e incentivando a participação e o apoio para as políticas de saúde aos povos da Amazônia."
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.2. Diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde (8o+8)." e "Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS"	"5. Defesa do SUS público, universal, integral, equânime, descentralizado e regionalizado, hierarquizado e com controle social único, valorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e base da regionalização, qualificando o modelo de atenção integral à saúde, garantindo e ampliando o acesso às redes de serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política Nacional de Humanização, com classificação de risco e regulação adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico da região e as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto no 7508/2011 e de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade, transparência, participação popular e controle social efetivo, a fim de garantir o direito à saúde segundo as necessidades da população nos diversos níveis de atenção."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.2. Diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde (8o+8)." e "Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS"	6. Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, am sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir a morbididades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando as políticas de atenção básica especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o de regionalização e descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das três esferas de governo, respeitando os princípios do S Federal no 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redire modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), regionais e integrai incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada."
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.2. Diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde (8o+8)." e "Eixo II - Consolidação dos Princípios do SUS"	"7. Aprimoramento da relação federativa do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, com dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidade do municípios, estados e união, visando oferecer cuidado integral ao cidadão; fortalecer, garantir e defender as instâ controle social, fomentando a participação social em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garan participação cidadã, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e am universalização, integralidade e equidade do SUS, construindo estratégias para a efetividade dos resultados e da resoluções das conferências."
		"2.2. Diretrizes". Subseção: "Tabela 2.2. Diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde (8o+8)." e "Eixo III - Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS"	"1. Garantia do direito constitucional à saúde por meio de financiamento adequado, transparente e suficiente para desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), res as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico e garantindo saúde, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços."
		"3. Análise Situacional do PNS 2016-2019". Subseção: "3.1. Estrutura do sistema de saúde"	"Foram adotados princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e os estruturantes da institucionalidade do sistema."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. Análise Situacional do PNS 2016-2019". Subseção: "3.4. Determinantes e Condicionantes de Saúde" e "3.4.2. Hábitos e Estilos de Vida"	"A promoção da saúde no SUS visa promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais."
		"3. Análise Situacional do PNS 2016-2019". Subseção: "3.5. Acesso a Ações e Serviços de Saúde"	"A equipe multiprofissional assume a responsabilidade sanitária do território, devendo considerar sua dinamicidade e utilizar-se de critérios de risco e vulnerabilidade para garantia do cuidado à população, sob os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade."
		"3. Análise Situacional do PNS 2016-2019". Subseção: "3.10. Assistência farmacêutica"	"Como desafios para o desenvolvimento das ações de AF destacam-se: [...] v) a busca de novos critérios de equidade e financiamento da AF;"
Acre	Norte	"APRESENTAÇÃO"	"A Constituição Federal de 1988 ampliou a responsabilidade do Estado e seus municípios, em relação ao direito à saúde, por meio de princípios doutrinários da universalidade do direito cidadão, da integralidade da atenção à saúde e da equidade, norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS."
		"DIRETRIZ 3 – GARANTIR O ACESSO E O CUIDADO INTEGRAL DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, COM QUALIDADE E TEMPO OPORTUNO, INTEGRANDO A ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA"	"ASSEGURAR ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE INTEGRAÇÃO DA POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Alagoas	Nordeste	"10. CARACTERIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL E PRINCIPAIS INTERVENÇÕES REALIZADAS NO ESTADO DE ALAGOAS"	"Ainda de acordo com a Portaria GM/MS no 4.279/2010, o objetivo precípua da RAS é —promover a integração s de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humaniza como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiê econômica."
		"11. RECOMENDAÇÕES DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "11.2 Eixo II – Consolidação dos Princípios do SUS."	"Garantir a efetivação dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade, na rede de atenção à saú
		"DIRETRIZ No 6 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NAS POLÍTICAS TRANSVERSAIS"	" OBJETIVO No 6.1 - Prover, para as populações em maior vulnerabilidade social, condições adequadas de assis saúde, atendendo aos princípios doutrinários do SUS, os quais sejam: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Participação Social."
		"DIRETRIZ No 11 - GESTÃO INTERFEDERATIVA DO SUS, COM PLANEJAMENTO ASCENDENTE E INTEGRADO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL"	"OBJETIVO No 11.2 - Adequar o montante de recursos orçamentários e financeiros aplicados no setor saúde na perspectiva da equidade e da sustentabilidade do sistema"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Amapá	Norte	"ESTRUTURA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMAPÁ". Subseção: "Estabelecimentos de Saúde"	"Observa-se um profundo vazio assistencial de saúde em alguns municípios como Cutias, Itaubal, Pracuúba, sendo necessário o fortalecimento e organização da atenção da atenção à saúde, de forma articulada com base no plano regional integrado e na organização das redes de atenção à saúde visando promover a equidade regional, bem como contribuir na concretização do planejamento ascendente do SUS."
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-APS"	"As estratégias principais para ampliação do acesso na APS para quase toda a população envolvem fortalecer e para dar resolutividade e não apenas promover a expansão de cobertura, como ainda efetivar a equidade com visões das diferenças loco regionais, considerando os vazios assistenciais associados às questões geográficas."
		"CAPACIDADE INSTALADA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO AMAPÁ"	"Nesses quase 30 anos de SUS, a rede de atenção à saúde vem sendo estruturada no sentido de ampliar a capacidade instalada dos serviços. A construção do SUS tem avançado com políticas de atenção primária em saúde e de organização de redes, voltadas à universalidade e equidade no acesso e à integralidade nos cuidados."
		"CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS TROPICAIS (CRDT)"	"No âmbito do SAE está instalado o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que, articulados aos demais do Sistema Único de Saúde (SUS), representam uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis."
		"Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicador para Monitoramento e Avaliação.". Subseção: "Diretriz: Gestão Estratégica e Participativa"	"Promover atividades voltadas ao aprimoramento da Gestão do SUS, visando à maior eficácia, eficiência e efetividade por meio de ações que incluam o apoio ao Controle Social, à Educação Popular, à Mobilização Social, à busca da Equidade, ao Monitoramento e Avaliação, à Ouvidoria, à Auditoria e à Gestão Ética nos serviços públicos de saúde."
Amazonas	Norte	"INTRODUÇÃO". Subseção: "Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am"	"Objetivo: [...] - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da Atenção Especializada em tempo adequado, promovendo a equidade e integralidade, considerando o atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: a Política de Atenção Especializada, integrando os Programas de Telessaúde, Amazonas Presente, Serviço de Atenção Domiciliar e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as Ações das Fundações de Saúde assistenciais vinculadas a SUSAM, bem como o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como reordenadora da atenção à saúde no estado do Amazonas;"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"INTRODUÇÃO". Subseção: "Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am"	"Objetivo : [...] 1.3- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde com o aprimoramento das Redes de Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, bem como considerando o atendimento às necessidades de saúde"
		"INTRODUÇÃO". Subseção: "Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am"	"Objetivo: [...] 1.5 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado, promovendo a equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a), integração de Programas de TFD Interestadual (b), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (c), Ações de Humanização (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a SUSAM (f)"
		"INTRODUÇÃO". Subseção: "Quadro 1: Alinhamento entre o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual 2020-2023, Am"	"Diretrizes: [...] D2 - Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a integralidade de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico."
		"Perfil Demográfico". Subseção: "Coordenação Estadual de Saúde Indígena do Amazonas"	"O estado tem como foco para os próximos quatro anos, formular a Política Estadual de Saúde Integral dos Povos Indígenas com o objetivo de promover a equidade e a integralidade em saúde desses povos e combater a discriminação étnica nos serviços e atendimentos oferecidos na rede municipal e estadual no Amazonas; [...]"
		"5. Políticas de Atenção e Vigilância em Saúde". Subseção: "Situação da Atenção Básica no Amazonas"	"Para praticar uma saúde com equidade, é necessário realizar um planejamento que busque a diminuição das desigualdades regionais e supere as iniquidades em saúde, pois historicamente o estado possui regiões de saúde que apresentam condições de desenvolvimento muito baixas e com indicadores de organização, gestão e participação em saúde muito baixos."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5. Políticas de Atenção e Vigilância em Saúde". Subseção: "Situação da Atenção Básica no Amazonas"	"Portanto, a SUSAM, através do Departamento de Atenção Básica (DABE/SEAASI) tem o compromisso de contri redução dessas desigualdades, construindo condições para que o princípio da equidade esteja presente no desenvolvimento da Política de Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas."
		"5. Políticas de Atenção e Vigilância em Saúde". Subseção: "5.1 Atenção à Saúde" e "5.1.3 Assistência Farmacêutica"	"A Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e enquanto parte integrante da Polític de Saúde (PNS), visa à garantia do acesso a medicamentos e insumos para toda população, assim como aos ser farmacêuticos, baseado nos princípios constitucionais e nas suas doutrinas, destacando entre eles: a universalida equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização."
		"6. Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde." Subseção: "6.1 Regionalização da Saúde"	"A Regionalização da Saúde é entendida enquanto um processo de organização das ações e serviços de saúde n determinada região, visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade."
		"6. Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde." Subseção: "6.1 Regionalização da Saúde"	"O principal foco da regionalização no SUS é garantir o direito à saúde, estando entre os seus principais objetivos promoção da integralidade da atenção à saúde; a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, potencial processo de descentralização de ações e serviços para o nível regional e municipal e ainda corrigir ou mitigar as desigualdades sociais e territoriais e a promoção da equidade."
		"Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde". Subseção: "6.1 Regionalização da Saúde" e "O Estado do Amazonas e a Regionalização da Saúde"	"Essa desigualdade se acentua no Amazonas devido às características geográficas, demográficas e socioeconôm exigindo abordagens avançadas em equidade loco regional, o que ainda é estranho ao planejamento tradicional, diversidade em nome de homogeneidades."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde". Subseção: "6.1 Regionalização da Saúde" e "O Estado do Amazonas e a Regionalização da Saúde"	"Fundamentalmente, é preciso avançar na organização e ampliação do acesso e da qualidade do cuidado da saúde da população brasileira, e em especial na Região Amazônica, de forma que a regionalização não se caracterize como instrumento regulatório, normativo e cartorial, mas que ela seja efetivamente emancipatória, produtora de vida, com a universalidade, da equidade, da integralidade na atenção à saúde e da sustentabilidade."
		"6. Políticas de Regionalização e Gestão da Saúde". Subseção: "6.2 Gestão da Saúde" e "Sistema de Regulação no Amazonas".	"O Estado do Amazonas aderiu à Política Nacional de Regulação e iniciou o processo de implementação do Pacto de Gestão assumindo a responsabilidade pela garantia da equidade do acesso aos serviços, trabalhando pela organização do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema de saúde e reorganizando a oferta de serviços de saúde no estado obedecendo ao princípio de regionalização, através da implantação de Complexos Reguladores Estadual e Regional."
		"8. MATRIZ DE DIRETRIZES E OBJETIVOS". Subseção: "DIRETRIZ No. 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde"	"Objetivo: [...] 1.3 Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde com o aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde, fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, em tempo oportuno com equidade e integralidade, bem como considerando o atendimento às necessidades de saúde."
		"8. MATRIZ DE DIRETRIZES E OBJETIVOS". Subseção: "DIRETRIZ No. 1 - Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde"	"Objetivo: [...] 1.5 Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde da atenção especializada em tempo adequado e com equidade no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando: Política de Atenção Especializada (a), Programas de TFD Interestadual (b), Atenção Domiciliar - Melhor em Casa (c), Ações de Humanização (d), Rede Complementar do SUS (e) e as Ações das Fundações de Saúde Assistenciais vinculadas a Susam (f)."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Bahia		8. MATRIZ DE DIRETRIZES E OBJETIVOS	"DIRETRIZ No. 2 - Garantia da alocação de recursos financeiros para efetivar os princípios do SUS, mantendo a de recursos, e considerando as especificidades geopolíticas e o perfil epidemiológico amazônico"
		"PROPOSTAS ESTADUAIS DA CONFÊRENCIA DE SAÚDE"	"Garantir que o Estado realize o repasse financeiro de no mínimo 12% da arrecadação aos municípios do interior respeitando o direito adquirido na Constituição de 1988, na Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90, colocando uma porção investida na capital e o restante nos 61 municípios do interior respeitando as equidades regionais."
	Nordeste	"APRESENTAÇÃO"	"Nesse sentido, o presente plano é mais um passo para efetivar a consolidação do SUS na Bahia, tendo como eixos norteador a implantação e o fortalecimento das ações e serviços de saúde na região, visando promover a equidade, universalidade e a integralidade por meio da implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)."
		"COMPROMISSOS E AÇÕES ESTRATÉGICOS"	"COMPROMISSO 3: POTENCIALIZAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA, AMPLIAR O ACESSO E GARANTINDO A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE"
		"3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "3.3 PANORAMA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE" e "3.3.1 Vigilância das doenças redutíveis por imunização e outros agravos transmissíveis"	"A superação da negligência histórica a essa doença requer garantia de acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento visando a equidade e a justiça social, com ênfase para as populações mais vulneráveis."
		"3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "3.3 PANORAMA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE" e "3.3.3 Panorama da vigilância sanitárias"	"Isso sinaliza para a necessidade de estruturação/ implementação das redes de atenção à saúde no território estadual de forma regionalizada, considerando-se as necessidades de saúde da população e a extensão territorial do estado, a garantir acesso universal, equidade e integralidade do cuidado, com intervenções em tempo oportuno."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "5.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO À SAÚDE"	"No que se refere à atenção especializada, a Sesab vem empreendendo esforços para a descentralização e regulação das ações e serviços de média e alta complexidade, com vistas a ampliar o acesso da população e garantir atenção integral, com qualidade, equidade e resolutividade."
		"6 PREVISÃO DE RECURSOS"	"Na análise da alocação de recursos por compromisso, verifica-se que mais de 50% dos recursos previstos estão direcionados ao Compromisso 3 – Potencializar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente."
		"7 COMPROMISSOS ESTRATÉGICOS"	"O Compromisso 3 tem como proposta a promoção da integração sistêmica de ações e serviços de saúde com atenção contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada e segura para o paciente. Além disso, busca incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (Quadro 3)."
		"9 DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "Quadro 10. Eixo 1: saúde como direito"	Proposta 12: "Promover equidade na atenção à saúde de modo a reduzir as desigualdades regionais e ampliar o acesso às ações de saúde."
		"9 DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "Quadro 11. Eixo 2: consolidação do SUS"	Proposta 50: "Com base nos princípios da reforma psiquiátrica, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção em saúde mental em todos os níveis, qualificando a atuação do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), promovendo o matriciamento das equipes de saúde da família em parceria com demais especialistas da rede especializada e hospitalar. Esse processo inclui a elaboração de protocolos de acolhimento para assegurar a integralidade e equidade no atendimento, o fortalecimento dos Caps AD nos municípios, a implantação de centros de reabilitação para usuários com uso de drogas lícitas e ilícitas nas regiões de saúde e a aplicação de práticas integrativas e outras terapias, como o estímulos à criação de hortas comunitárias."
		"9 DELIBERAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "Quadro 11. Eixo 2: consolidação do SUS"	Proposta 83: "Garantir regulação estadual em tempo hábil, de acordo com a classificação de risco e o princípio da equidade, com ampliação do número de vagas para acesso a consultas e exames de média e alta complexidade, principalmente em serviços de ortopedia/traumatologia, urgência, emergência e UTI, e criação de mecanismos de transparência e canais de comunicação direta com o usuário."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Ceará	Nordeste	"APRESENTAÇÃO"	"Este Plano Estadual de Saúde, convergindo com a missão de “Promover saúde individual e coletiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas”, expressa o grande compromisso da gestão, para um sistema de saúde acessível, sustentável e de equidade, gerador de conhecimento e inovação."
		"2. Orientadores Estratégicos". Subseção: "Visão de futuro".	"Ser referência aos cidadãos como sistema de saúde acessível, sustentável e de equidade, gerador de conhecimento e inovação."
		"3. Análise situacional". Subseção: "3.3 Redes de atenção"	"E que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com previsão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, e de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica."
		"3. Análise situacional". Subseção: "3.3 Redes de atenção" e "3.3.8 Força Nacional/Eventos de Massa"	"O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos."
		"3. Análise situacional". Subseção: "3.6 Redes de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde"	"Do ponto de vista da ciência e da tecnologia, a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social."
		"PROJETO: Nascer no Ceará". Subseção: "2. Contextualização do Projeto no Planejamento Estadual" e "Diagnóstico"	"Considerando Portaria MS 4279/2010 em seu anexo, temos que: Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como um conjunto de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por redes de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica; Para assegurar seu compromisso com a melhoria de saúde da população, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço; para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos;"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Distrito Federal	Centro-oeste	"I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "1.2 Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença"	"Os determinantes sociais são importantes para verificar se os princípios norteadores do SUS estão sendo alcançados em sua plenitude: universalidade, integralidade, equidade, e controle social."
		"I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "1.2 Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença"	"De fato, se considerarmos um sistema de saúde, como, por exemplo, o SUS, é possível verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de saúde ou de visibilidade e cidadania são consideradas ações de saúde."
		"I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "1.5 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"A noção de equidade, estruturante no Sistema Único de Saúde brasileiro, muitas vezes reportada como igualdade, conforme textos legais, relaciona-se à questão de justiça em acesso e condução das ações para manutenção da saúde. Desse modo, tal conceito relaciona-se à redução das disparidades no estado de saúde e no atendimento em serviços de saúde em decorrência do pertencimento social do indivíduo, reconhecendo que determinantes sociais de grupos específicos impactam em seus resultados em saúde."
		"I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "1.5 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "1.5.3 População Negra"	"Lançada em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa promover a equidade no SUS combatendo o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços de saúde. Haja visto que há um recorte de desigualdade relacionado à cor da pele por questões históricas com repercussões na saúde desse grupo populacional."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "1.5 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "1.5.3 População Negra"	"A GASPVP tem como frente principal de trabalho a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) cujo objetivo é subsidiar a formulação, a implantação e o monitoramento de programas, projetos e ações em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visando o fomento e a ampliação da equidade e igualdade étnico racial na Atenção à Saúde da População Negra no Distrito Federal. Tem como primeiro desafio adequadamente a coleta do quesito raça, cor, nos serviços de saúde, conforme portaria de nº 201 de 03 de outubro de 2014, construir estratégias de enfrentamento ao racismo institucional nos serviços de saúde."
		"I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "1.5 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "1.5.8 Programa Bolsa Família"	"As condicionalidades de saúde caracterizam-se como uma importante ferramenta do PBF que possibilita a garantia de acesso às ações e serviços do SUS às populações em situação de vulnerabilidade social, assegurando o princípio da equidade."
		II - ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E "VISÃO" DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE. Subseção: "2.3 Redes de Atenção à Saúde" e "2.3.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência"	"As diretrizes da rede de cuidado à pessoa com deficiência são: [...] II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;"
Espírito santo	Sudeste	"2 - Caracterização do SUS – ES". Subseção: "2.2 Atenção à Saúde" e "2.2.3 Atenção Primária da Saúde - APS".	"A promoção de equidade em saúde no ES forma um conjunto de ações priorizadas na APS em função da especificidade de doenças ou dos condicionantes sociais, étnico/culturais, de orientação sexual e da diversidade de gênero."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"2 - Caracterização do SUS – ES." Subseção: "2.3 Regulação"	"Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta de serviços. A regulação estaria direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços, como também ao redimensionamento da oferta, redução ou expansão, de acordo com as necessidades da população. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso buscaria a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário. (Conass, 2011)."
		"2 - Caracterização do SUS – ES." Subseção: "2.4 Participação Social e Transparência" e "2.4.1 Controle Social"	"A participação social no SUS-ES se formalizou mediante uma rede estadual de Conselhos de Saúde que tem como central a defesa dos princípios de universalidade, equidade e descentralização que alicerçam o SUS."
		"Descrição de meta"	"Formar 240 profissionais para apoio ao projeto de Fortalecimento do Controle Social e Políticas de Promoção da Saúde nas regiões de saúde."
Goiás	Centro-oeste	"APRESENTAÇÃO"	"O eixo norteador utilizado na construção do plano são os princípios do SUS: equidade, integralidade, garantia de acesso, regionalização. Foram considerados também, neste documento, os três pilares desta gestão: Regionalização da Saúde, Regulação no âmbito do Estado e Eficiência Operacional e Financeira."
		"1. ANÁLISE SITUACIONAL". Subseção: "1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde" e "1.2.2 Atenção Primária à Saúde" e "1.2.2.4 Ciclos de vida" e "1.2.2.4.1 Saúde da Criança"	"A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem como princípios: o acesso universal das crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1. ANÁLISE SITUACIONAL". Subseção: "1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde" e "1.2.2 Atenção Primária à Saúde" e "1.2.2.4 Ciclos de vida" e "1.2.2.4.5 Saúde da Pessoa Idosa"	"Seguindo os princípios e diretrizes do SUS – universalidade, integralidade e equidade - a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI tem como diretrizes: [...]"
		"1. ANÁLISE SITUACIONAL". Subseção: "1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde" e "1.2.4 Atenção em Saúde Secundária e Terciária"	"Têm sido intensificadas as ações no sentido de melhor estruturar as Redes de Atenção à Saúde, visando garantir à população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada."
		"1. ANÁLISE SITUACIONAL". Subseção: "1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde" e "1.2.5 Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis" e "1.2.5.2 Cuidado a Populações Específicas" e "1.2.5.2.1 Política de Promoção da Equidade em Saúde"	" A equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; a sua concretização é um desafio a ser superado pela gestão."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1. ANÁLISE SITUACIONAL". Subseção: "1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde" e "1.2.5 Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis" e "1.2.5.2 Cuidado a Populações Específicas" e "1.2.5.2.2 Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade"	"A Política Nacional da Promoção da Equidade em Saúde preconiza um conjunto de ações para reduzir as condições de desigualdade de acesso aos serviços de saúde de qualidade das populações com maior vulnerabilidade sociocultural, especialmente as populações em situação de rua, negra, LGBT, indígena, cigana, pessoas com doenças raras, população carente da floresta e das águas."
		"1. ANÁLISE SITUACIONAL". Subseção: "1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde" e "1.2.5 Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis" e "1.2.5.2 Cuidado a Populações Específicas" e "1.2.5.2.10 População Quilombola"	"Goiás possui 64 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares, e apenas uma titulada. O Sítio Kalunga abrange três municípios (Cavalcante, Monte Alegre e Teresina) e é o maior território quilombola do país. As principais causas de morbimortalidade mais frequentes destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, leishmanioses, hanseníase, tuberculose, neoplasias de fígado e próstata, anemia falciforme, anemia ferropriva uso abusivo de álcool e outras drogas. Principais problemas identificados: [...] 6. Pouco interesse dos municípios em aderir às políticas de promoção da Saúde devido à falta de incentivo financeiro."
		"DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES"	"OBJETIVO No 2.7 - Construir, reformar, adequar, ampliar e equipar (considerando também a elaboração de projetos) unidades administrativas e assistenciais, bem como manter suas estruturas físicas e operacionais, para melhorar o acesso da população a serviços de saúde ambulatoriais, hospitalares e de urgências, com qualidade, equidade e tempo adequado ao atendimento das necessidades da população."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Maranhão	Nordeste	"3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE". Subseção: "3.2 Perfil Epidemiológico" e "Principais doenças endêmicas" e "3.2.9.2. Tuberculose"	"A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada do SUS com atendimento capaz de resolver os problemas frequentes e de relevância em seu território, seguindo os princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação de cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social."
		"3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE". Subseção: "3.3 Estrutura e Organização do Sistema de saúde" e "3.3.3 Redes de atenção à saúde"	"A Rede de Atenção à Saúde - RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, a provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desenvolvimento do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica."
		"3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE". Subseção: "3.3 Estrutura e Organização do Sistema de saúde" e "3.3.3 Redes de atenção à saúde" e "3.3.3.2. Rede de Atenção Psicossocial"	"O DASM tem desenvolvido ações visando ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de mental, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento às necessidades de saúde, aprimorando a Política de Saúde Mental, Áreas de Referência em Saúde Mental, Outras Drogas especializada, ambulatorial e hospitalar e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, bem como no planejamento de qualificações profissionais que atuam na oferta de cuidado em saúde mental considerando os três níveis de complexidade nas regiões de saúde; o fortalecimento e acompanhamento do processo de implantação do Sistema Estadual da Gestão das Informações em Saúde Mental (SISMENTAL) nos serviços de Saúde Mental do estado; o apoio a implantação de comitês regionais de Prevenção de Automutilação e Suicídio; na qualificação dos profissionais das unidades prisionais, do judiciário, da Assistência Social e da Saúde nas 19 regiões de Saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE. Subseção: "3.3 Estrutura e Organização do Sistema de saúde" e "3.3.3 Redes de atenção à saúde" e "Atenção Integral à Saúde da População Negra" e "Povos e Comunidades Tradicionais de Religião de Matriz Africana"	"Somando outros instrumentos de gestão, está em processo de construção um protocolo de Acolhimento e Atendimento qualificado para população respeitando seus alimentos sagrados fortalecidos legitimados, na política Estadual de Integral da População Negra comunidades Tradicionais de Matriz Africana , quilombola, tendo como missão o combate ao racismo ,desigualdades étnico raciais e do racismo institucional como determinante sociais das condições de saúde vista a promoção de equidade em saúde integrando o primeiro Plano Operativo que tem como objetivo principal ter uma diretriz orientadora a implementação da política no âmbito Estadual."
		"3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE". Subseção: "3.3 Estrutura e Organização do Sistema de saúde" e "3.3.3 Redes de atenção à saúde" e "Atenção Integral à Saúde da População Indígena"	"Observa-se que os indígenas residentes em Bom Jesus das Selvas, situado na região de Açailândia deslocam-se para Imperatriz em busca de atendimento para efetivação e consolidação da política de promoção da equidade em saúde em Maranhão."
		"4 PROGRAMAS DE SAÚDE PPA 2020 - 2023" Subseção: "4.3. Programa Saúde para Todos"	"É dever constitucional do Estado prestar assistência à saúde da população, com qualidade, equidade e integralidade lógica das redes de atenção à saúde, de acordo com os princípios do SUS."
Mato Grosso	Centro-oeste	Não encontrado.	
Mato Grosso do Sul	Centro-oeste	"APRESENTAÇÃO"	"O Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023, apresentado neste documento, é um dos principais instrumentos para aperfeiçoar a atuação da SES e, a partir da avaliação de planos anteriores, das informações e diagnóstico atual do sistema de saúde, pretende destacar os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria e sustentabilidade do SUS, visando a equidade entre as regiões e a qualidade de vida e de saúde da população do estado de Mato Grosso do Sul."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"INTRODUÇÃO"	"A partir do compromisso com ética, transparência e equidade, busca-se ser, até 2023, modelo de excelência na saúde, com práticas inovadoras, resolutivas e democráticas que atendam às necessidades das pessoas do Estado do Mato Grosso do Sul."
		"1. Análise Situacional de Saúde". Subseção: "1.2. Histórico da Organização de Saúde"	"Em agosto de 2012, Mato Grosso do Sul foi o primeiro ente federado a assinar o COAP com 100% dos seus municípios. Ao assinar o contrato em 30 de agosto de 2012, o estado acreditou na proposta do Governo Federal que estabeleceu como objeto deste contrato, o financiamento e a integração das ações dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde e ser um marco, uma mudança de paradigma, de modus operandi ao planejar, contratualizar e executar ações e serviços de saúde com a participação efetiva dos entes Federativos, de forma universal e igualitária buscando intensamente a equidade no atendimento às necessidades da população sul-mato-grossense."
		"1. Análise Situacional de Saúde". Subseção: "1.2. Histórico da Organização de Saúde"	"Assim, com o término da vigência do COAP em dezembro de 2016, o estado de Mato Grosso do Sul, a partir de então, direcionou seus esforços para o fortalecimento das regiões de saúde com foco na organização de serviços regionais para otimizar recursos financeiros, humanos e materiais, com o objetivo de promover a equidade do acesso a equidade de escala, evitando a fragmentação. Valorizou e consolidou a Comissão Intergestores Bipartite, as CIR e o Conselho Estadual de Saúde, e esses espaços de articulação e condução da política estadual de saúde estão incorporados definitivamente à gestão do SUS em Mato Grosso do Sul."
		"1. Análise Situacional de Saúde". Subseção: "1.2. Histórico da Organização de Saúde"	"Nossos desafios são o de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - APS, a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde de forma regionalizada, a integração da Vigilância à APS e especialmente, à busca pela promoção da equidade com resultados que efetivamente melhorem as condições de vida e saúde da população sul-mato-grossense."
		"1. Análise Situacional de Saúde". Subseção: "1.3. Situação de Saúde do Estado" e "1.3.4. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"Por ser um estado agropecuário e ter sua população composta por muitos povos de vários estados e países, Mato Grosso do Sul tem números expressivos de grupos específicos com características e necessidades diferenciadas, como o caso de famílias assentadas pelos programas de reforma agrária do Governo Federal – 27.764 (INCRA, 2018), que de fato, do poder público, a construção de Políticas Públicas de Promoção de Equidade, considerando dois processos: o desenvolvimento dos movimentos sociais e a consolidação do processo democrático."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1. Análise Situacional de Saúde". Subseção: "1.3. Situação de Saúde do Estado" e "1.3.4. Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"Desta forma, na perspectiva de formulação de políticas de equidade dentro do arranjo institucional proposto pelo da Saúde para as políticas sociais."
		"4. Organização e Estrutura da Saúde". Subseção: "4.4. Redes de atenção à saúde (RAS)"	"O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica."
		"5. Gestão em Saúde no Estado". Subseção: "5.1. Gestão"	"A descentralização do SUS é um dos caminhos percorridos pelo estado de Mato Grosso do Sul, para a equidade e integralidade dos diversos âmbitos da saúde."
		"5. Gestão em Saúde no Estado". Subseção: "5.1. Gestão"	"Esta reorganização para o direcionamento de gestão da SES possibilitou a racionalização dos recursos existentes na implementação da regulação de sistemas regionais de saúde; capacidade para identificação de necessidades de intervenção a partir da análise precisa dos indicadores de saúde; planejamento; avaliação e controle em âmbito regional; identificação e disseminação de novas tecnologias; precisão na prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios, provendo a continuidade dos processos de descentralização com o intuito de que a cobertura das ações de saúde seja ampliada, diminuindo as desigualdades de atenção e promovendo a equidade nos processos de saúde através da gestão articulada entre o estado e os municípios."
		"6. Diretrizes, Objetivos e Metas"	Meta 7: "Implementar as Políticas de Promoção da Equidade no cuidado à saúde das populações: negra, indígena, quilombolas e outros grupos vulneráveis"
Minas Gerais	Sudeste	"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Subseção: "Políticas de Promoção da Equidade em Saúde"	"A Equidade é um dos princípios do SUS e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. É construída a partir da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo, do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, ao lazer, cultura e aos serviços públicos impactam diretamente na saúde (Ministério da Saúde, 2017)."
		"APRESENTAÇÃO"	"O Plano Estadual de Saúde é um importante instrumento de planejamento que explicita as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, compreendido entre 2020 e 2023. Este instrumento é tratado na Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012: [...] § 2o Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"APRESENTAÇÃO"	"O Plano Estadual de Saúde é um importante instrumento de planejamento que explicita as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, compreendido entre 2020 e 2023. Este instrumento é tratado na Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012: [...] § 3o Os planos e metas estaduais constituirão a base para o cumprimento das metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual."
		"SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE"	"A Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde tem como competência estabelecer as diretrizes para a regulação do acesso às redes de atenção à saúde e executar ações de programação, monitoramento, controle e avaliação assistencial do SUS, com atribuições de: [...] III - fomentar o acesso dos usuários do SUS aos serviços, nas diferentes regiões do estado, em tempo oportuno, de forma ordenada, promovendo a equidade;"
		"SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE"	"Identidade Estratégica da SES-MG [...] Valores: Agilidade, Austeridade, Desburocratização, Equidade, Integralidade, Iniciativa, Simplicidade"
		"SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE". Subseção: "ESTRUTURA DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE" e "Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)"	"Estrutura da Fhemig [...] Valores: I. Humanização; II. Ética; III. Eficiência; IV. Integralidade; V. Equidade; VI. Agilidade; VII. Qualidade"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"REGIONALIZAÇÃO, COOPERAÇÃO E GOVERNANÇA REGIONAL DO SUS/MG" Subseção: "O desenho da organização assistencial: Plano Diretor de Regionalização (PDR)"	"O PDR consolidou-se como sendo um projeto estruturador de governo, estabelecendo bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes de atenção ao construir uma "tipologia" de serviços com observâncias diretrizes de hierarquização e das economias de escala e escopo. Esta tipologia orienta a definição dos territórios de descentralização, incorporação de tecnologias, promoção da equidade e organização de redes, uma vez que a equidade de escala direciona também qualidade e efetividade das ações de saúde e dos sistemas gerenciais."
		"ORGANIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE". Subseção: "MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO PARA O ACESSO ADEQUADO E OPORTUNO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS" e "Regulação Assistencial em Minas Gerais"	"Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde tem por competência estabelecer as macros diretrizes para a Regulação do Acesso às Redes de Atenção à Saúde e executar ações de programação, monitoramento, controle e avaliação assistencial do SUS, com atribuições de: [...] III. Fomentar o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços nas diferentes regiões do estado, em tempo oportuno, de forma ordenada, promovendo a equidade;"
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"	"Em consonância com a política nacional, a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS) tem como princípios norteadores o acesso, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação, atenção centrada na pessoa e no trabalho em equipe, resolutividade, equidade, intersetorialidade e segurança assistencial e qualidade do cuidado. A organização da rede de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais terá como diretrizes: a territorialização, a adscrição dos usuários, a atenção ao primeiro contato ou "porta de entrada", o acolhimento, a responsabilização das equipes de Atenção Primária à Saúde pela atenção à saúde da população adscrita, o planejamento e programação de ações, a vigilância em saúde, a orientação familiar e comunitária, a educação permanente em saúde, a promoção da equidade, a Promoção da Saúde, o matriciamento, a participação social e a gestão participativa."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"	"Considerando o cenário exposto e os esforços federais e estaduais praticados para ampliação e para melhoria f unidades de saúde, o objetivo a ser traçado para os próximos anos envolve o aprimoramento dos esforços de financiamento de forma a encerrar as ações iniciadas e o estabelecimento de novas estratégias para a infraestrutura e de equipamentos, com equidade na repartição de recursos e maior aproximação com as condições existentes n território."
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Subseção: "Políticas de Promoção da Equidade em Saúde"	"Neste sentido, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são um conjunto de políticas construídas a part compreensão das diferentes formas de discriminação como determinantes sociais da saúde, que influenciam nas adoecimento e no acesso e qualidade da assistência oferecida a determinadas populações. Entender a equidade garantia de acesso à saúde pelo viés dos determinantes sociais pressupõe a compreensão de que diferentes características, como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção e especificidades territoriais/regionais, e a consequente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atr possibilitam diferentes formas de inserção social e influenciam no acesso aos direitos e às políticas públicas diver gerando vulnerabilidades diferentes."
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Subseção: "Políticas de Promoção da Equidade em Saúde"	"Compreendendo as especificidades das diferentes populações no território, a consolidação de uma política espe tenha um olhar para a promoção da equidade torna-se imprescindível no estado de Minas Gerais, no intuito de pr respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade."
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Subseção: "Políticas de Promoção da Equidade em Saúde"	"A construção das políticas de equidade deve ser feita de forma participativa, contemplando as vivências e neces dessas populações. Para isso, o Estado conta com grupos e comitês específicos, que atuam no âmbito das Comi Temáticas da Atenção Primária à Saúde, a saber:"
		"ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE". Subseção: "Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)"	"A POEPS objetiva promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrasetoriais e intersetoriais que favoreça equidade, a melhoria das condições e modos de viver, que estimulem a autonomia dos indivíduos e comunidades reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA". Subseção: "Redes de Atenção à Saúde (RAS)"	"O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com suprimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, e de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Fomentando a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas, contribuindo positivamente para a promoção da saúde e prevenção de doenças e impactando positivamente nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010)."
		"ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA". Subseção: "Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE)"	"A oferta assistencial dos Centros Estaduais de Atenção Especializada é fundamentada no perfil epidemiológico da população e das necessidades de saúde do território, sendo a organização baseada na atenção programada. Esta estratégia é uma importante ferramenta de gestão da clínica que subsidia a organização do processo de trabalho de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos usuários."
		"DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2020-2023"	"Objetivo 1 - Qualificar a atenção primária à saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade."
		"DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2020-2023"	Descrição de meta: 10: "Fomentar a promoção da equidade em saúde por meio de incentivo financeiro para os 70 municípios que possuem população indígena adstrita e aqueles que são aderidos a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)"
		"DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2020-2023"	Indicador da meta 10: "Número de municípios beneficiados com incentivo financeiro para a promoção da equidade no âmbito da atenção à saúde indígena e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade."
		"MATRIZ DE COERÊNCIA DO PPS COM OS PROGRAMAS E AÇÕES NO PPAG"	Ação orçamentária: "4462 - PROMOÇÃO DA EQUIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE DOS GRUPOS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE INEQUIDADE NO ACESSO E NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE"
		"ANEXO I - RECOMENDAÇÕES PROVENIENTES DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE"	"O Anexo I apresenta as recomendações provenientes da Conferência Estadual de Saúde que o CES-MG solicita destaque: [...] Fortalecer a participação efetiva nas instâncias de participação e Controle Social dos movimentos sociais das mulheres indígenas, negras, adolescentes, adultas e idosas, quilombolas, ciganas, mulheres em situação de vulnerabilidade, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais (LBT), mulheres do campo e da cidade, mulheres com deficiência, em situação de violência, doenças mentais, patologias gerais e raras, entre outras (política de equidades)."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Pará	Norte	"INTRODUÇÃO"	"A SESPA, seguindo preceitos do SUS, trabalha com quatro Macrorregiões e treze Regiões de Saúde, acima do Governo por sua vez trabalha com base nas doze Regiões de Integração, mas ambas convergem para os mesmos objetivos, que são a redução das desigualdades e a promoção da equidade, seja do ponto de vista da política de saúde das demais políticas setoriais."
		"ATENÇÃO BÁSICA". Subseção: "Saúde Indígena e Povos Tradicionais"	"O acesso desses segmentos à saúde integral por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade ainda é um desafio na esfera do governo estadual por meio de ações adequadas às peculiaridades e especificidades de saúde dessas populações."
Paraíba	Nordeste	"4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.1 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA" e "c) Componente hospitalar de urgência e emergência"	"A mesma norma estabelece diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, quais sejam universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências [...]"
		"4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.5 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS"	"A proposta de criar um Plano de Ação para monitorar a implementação dessa linha de cuidado, acompanhado pela Secretaria Estadual de Saúde, Grupo Condutor das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Comissões Intergestores Regionais - CIR e Secretarias Municipais de Saúde certamente viabilizará o alcance de padrões de acesso com equidade, bem como a redução da incidência/ prevalência das Doenças Crônicas no estado."
		"4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.6 REDE CUIDAR"	"Para tanto, foram incorporadas estratégias visando assegurar o princípio da equidade na assistência às crianças e mulheres em período gravídico e puerperal que se encontram em situações especiais."
		"4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.6 REDE CUIDAR"	"A estrutura da rede se baseia em cinco eixos integrados que são os seguintes: [...] Eixo 2 - Neonatologia, composto por médicos plantonistas com consultoria online em serviços de difícil acesso geográfico, otimização da utilização de UTI neonatal e pediátrica usando a equidade como estratégia principal."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.6 REDE CUIDAR"	"A estrutura da rede se baseia em cinco eixos integrados que são os seguintes: [...] Eixo 3 - Saúde materna, com médicos plantonistas, atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatorios que atendem o pré-natal risco na mesma linha de cuidado integral para fazer valer a equidade para as mulheres em período gravídico e pu em situação de risco, exames de ecografia obstétrica com triagem fetal para anomalias congênitas e treinamento serviço."
		"5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE". Subseção: "5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE" e "5.1.1 ATENÇÃO BÁSICA"	"A Política da Atenção Básica é ordenadora do cuidado, provendo ações individuais, familiares ou coletivas, env promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vi em saúde, realizada por equipe multiprofissional, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equi atenção."
		"5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE". Subseção: "5.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE" e "5.7.3 CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST"	"Em 23 de agosto de 2012, por meio da Portaria no 1.823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalha Trabalhadora, destacando como princípios e diretrizes: universalidade; integralidade; participação da comunidade trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e precaução."
		"7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES"	"DIRETRIZ 1: Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade, atendendo às necessidades de saúde, considerando os determinantes sociais, implementando a política de atenção primária er a atenção especializada com o fortalecimento da rede de atenção à saúde, de forma regionalizada, com ênfase n de promoção e prevenção;"
Paraná	Sul	"MENSAGEM DO SECRETÁRIO"	"A proposta é de mudança de conceito, de uma política de saúde que efetivamente seja realizada em sua plenitud para a necessidade da população, de um serviço público bem-estruturado, de um sistema organizado e que seja, de universalidade, de integralidade e com equidade, conforme os princípios e as diretrizes do SUS."
		"7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)". Subseção: "7.1 LINHAS DE CUIDADO" e "7.1.6 Linha de Cuidado em Saúde Mental"	"A fim de promover a equidade do acesso ao tratamento ofertado nesse ponto de atenção e nos hospitais gerais e de psiquiatria, foi implantada a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental, responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos vinculados ao SUS e disponibilizados a todos os municípios do estado."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)". Subseção: "7.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS"	"A promoção da equidade é a capacidade de “reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (FIOCRUZ, 2020a)."
		"7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)". Subseção: "7.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS"	" Portanto, o objetivo da promoção da equidade em saúde é ampliar o acesso das populações vulneráveis no SUS. As populações apresentam maior risco de adoecimento, tendo em vista fatores como desigualdades sociais e distribuição de renda, orientação sexual, raça/cor e etnia, fluxo migratório, baixa escolaridade e dificuldade de acesso às principais políticas públicas."
		"7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)". Subseção: "7.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS" e "7.3.8 População Lésbica, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+)"	"Existem muitos desafios a serem enfrentados e que contribuem para as iniquidades em saúde das populações vulneráveis. A SESA tem trabalhado ao longo dos anos sob a perspectiva de dar visibilidade às políticas de promoção de equidade em saúde."
		"7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)". Subseção: "7.3 ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS" e "7.3.8 População Lésbica, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+)"	"O trabalho de articulação entre as áreas técnicas de Atenção e Vigilância em Saúde, bem como as parcerias com estruturas governamentais e não governamentais, tem impactado positivamente nos resultados já alcançados, contribuindo para superar dificuldades e consolidar a implementação de políticas de equidade no estado."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"8 GESTÃO EM SAÚDE". Subseção: "8.6 FINANCIAMENTO EM SAÚDE" e "Financiamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar"	"Quanto aos incentivos de custeio para atenção hospitalar, a SESA tem vigente o Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS, instituído em 2011 e que tem como objetivo promover a melhoria da qualidade da assistência, o aumento da eficiência, da eficácia e da equidade dos hospitais integrantes do SUS."
		"11 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS E INDICADORES". Subseção: "DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ"	"Objetivo 12: Promover a equidade em saúde no SUS a todas as populações vulneráveis do Paraná."
		"11 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS E INDICADORES". Subseção: "DIRETRIZ 02 – FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARANÁ"	Descrição da meta 49: "Realizar 22 oficinas sobre as políticas de promoção da equidade em saúde nas Regiões de Saúde/RS"
Pernambuco	Nordeste	"APRESENTAÇÃO"	"Sua proposição é ser uma instituição de excelência na promoção do acesso às ações e serviços de saúde, melhoria da qualidade de vida da população pernambucana, pautada nos valores do compromisso ético e social, da transparência, do controle social, da humanização, da valorização e respeito ao trabalho em saúde, da equidade, da qualidade, da integração e da descentralização."
		"1. INTRODUÇÃO"	"Neste sentido, o objetivo geral deste Plano é instrumentalizar o governo para a gestão do SUS, no âmbito estadual, durante quatro anos, a partir da definição de prioridades e em consonância com seus princípios e diretrizes – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"Nela estão previstas a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo, de forma a construir conhecimento compartilhado sobre saúde. Um de seus objetivos é a promoção da inclusão social de populações específicas visando à equidade no exercício do direito à saúde."
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"Em 2011, a SGEP publicou a Portaria de No 2979/11, que em seu Art.5º, assegura que as Secretarias Estaduais de Saúde, devem estabelecer instâncias estaduais colegiadas que sejam responsáveis pela implantação, implementação e acompanhamento das políticas de promoção da equidade em saúde, através da formação de Comitês Técnicos (

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"Desta forma, em âmbito nacional, as Políticas de Equidade no SUS, preconizadas pela ParticipaSUS iniciam o processo de implantação de Políticas de Saúde às populações específicas, visando o melhor acolhimento e atendimento de pessoas nas ações e serviços de saúde do SUS."
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"O CESPEN tem a finalidade de propor e desenvolver atividades relativas à saúde da população negra, além de monitorar e avaliar a implantação e implementação das ações da PNSIPN e da Política Estadual de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme de Pernambuco (Lei N° 13.693/2008), com vistas à equidade e à igualdade racial, em relação ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e o fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no Sistema Único de Saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"Em 2010, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e, em agosto de 2012, a SES publicou a Portaria 445/12, instituindo o Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT (CT Saúde LGBT), que tem a finalidade promover, para esse segmento populacional, a universalidade do acesso e a equidade da oferta de ações e serviços de saúde nos campos da pesquisa, da educação, da informação e da atenção à saúde, no âmbito do SUS."
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"Na perspectiva de viabilizar, no Estado de Pernambuco, as demais Políticas de Equidade ainda não implantadas da SES, em 21 de Novembro de 2017, através da Portaria SES/PE No 574 foi implantado o Comitê de Equidade Educação Popular em Saúde, tendo por finalidade articular instâncias da gestão Estadual, Municipal e Federal, instituições de ensino e movimentos sociais, relacionados às Políticas de Promoção da Equidade e de Educação Popular em Saúde, para a discussão, elaboração, implantação e acompanhamento das políticas e de seus respectivos planos operacionais, promovendo a equidade, a educação popular em saúde e a gestão estratégica e participativa no SUS/PE."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE" e "3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal" e "3.2.1.8 Espaços de Governança" "3.2.1.8.8 Participação e Controle Social" e "3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade"	"O grande desafio do Comitê de Equidade e Educação Popular em Saúde é efetivar a elaboração e a implantação de políticas de equidade ainda não implantadas no âmbito da SES, sendo elas: Política de saúde dos povos do campo e águas; Política de saúde das pessoas em situação de rua; Política das práticas complementares e integrativas e Educação popular em saúde. Além de ampliar a discussão no Estado destas políticas, de forma descentralizada e colegiada entre gestão e movimento social."
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE" e "3.3.1 Políticas Estratégicas" e "3.3.1.7 Saúde da População Negra e Quilombolas"	"Essa Política tem como marca o reconhecimento do Racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, está embasada nos princípios constitucionais da saúde como direito social, cidadania, dignidade humana, de repúdio ao racismo e reafirma os princípios do SUS, universalidade, integralidade, atenção, equidade, participação e controle social, tendo como princípios organizativos a transversalidade e a descentralização político administrativa."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE" e "3.3.1 Políticas Estratégicas" e "3.3.1.7 Saúde da População Negra e Quilombolas"	"A referida Política visa através de suas ações: Implementar o preenchimento da variável raça/cor nos formulários de identificação e nos Sistemas de Informação em saúde para produção de informações epidemiológicas com recorte racial para tomada de decisões, produção de conhecimento e possibilitar nos processos de educação permanente a prevenção e combate ao racismo institucional no ambiente de trabalho para o alcance da equidade em saúde e promoção da igualdade racial."
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE" e "3.3.4 Atenção Primária" E "Financiamento da Atenção Primária à Saúde"	"Considerando o cenário exposto e os esforços federais e estaduais praticados para ampliação e para melhoria funcional das unidades de saúde, o objetivo a ser traçado para os próximos anos envolve o aprimoramento dos esforços de financiamento de forma a encerrar as ações iniciadas e traçar novas estratégias para a infraestrutura, física e de equipamentos, com equidade na repartição de recursos e maior aproximação com as condições existentes no território."
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.4 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DA SES-PE" e "3.4.5. Políticas de Práticas Integrativas e Complementares"	"Nesse sentido, algumas ações vêm sendo tomadas: [...] b. Participação efetiva no Comitê de Equidade e Educação Popular – espaço para construção da política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO". Subseção: "3.4 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DA SES-PE" e "3.4.5. Políticas de Práticas Integrativas e Complementares"	"Nesse sentido, as PICS guardam uma potência, enriquecedoras da clínica, da promoção da saúde e sustentabilidade das comunidades (CAVALCANTI et. al. 2014), fundamentais no alcance da universalidade, equidade e integralidade."
		"4. RECOMENDAÇÕES DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE"	"272. Garantir o controle social a fim de promover a execução das políticas de equidade em saúde no SUS e a participação social das populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social."
		"DIRETRIZ 2: DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO COM ACESSO REGIONALIZADO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE"	Descrição da ação objetivo estratégico "Implementar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)": "Formar e atualizar profissionais sobre a construção e efetivação das políticas de educação permanente em saúde, e de equidade às pessoas com deficiência."
		"DIRETRIZ 5: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE"	Descrição da diretriz 5: "Aprimorar a capacidade de Governança e Gestão estadual na implementação das políticas públicas, por meio da integração das dimensões estratégicas de Gestão do SUS, promovendo o fortalecimento dos diversos mecanismos de Controle e Participação Social e da equidade em saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"DIRETRIZ 5: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE"	Descrição do objetivo estratégico "Aprimorar a Ação Regulatória na Gestão Estadual": "DESCRIÇÃO: Desenvolve estratégias que fortaleçam a função regulatória na gestão estadual priorizando equidade e transparência no acesso, de modo a otimizar a oferta assistencial."
Piauí	Nordeste	"APRESENTAÇÃO"	"Resta evidente, portanto, que o protagonismo da SES na condução do processo de Planejamento Estratégico, e diretriz orientadora para implantação e implementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nas regiões e macrorregiões de Saúde, é determinante para criar as condições necessárias ao fortalecimento do sistema de governança assegurando, dessa forma, a equidade e a integralidade do cuidado, principalmente, em face das distintas realidades dos municípios do Estado."
		"APRESENTAÇÃO"	"O Mapa Estratégico elaborado para a Secretária Estadual de Saúde do Piauí, portanto, define além da Missão, Valores institucionais, 04 grandes Resultados para a Sociedade relacionados especificamente às seguintes dimensões: MATERNO-INFANTIL: "Promover a equidade na cobertura da saúde Materna e na Infância em todos os níveis de atenção e, garantir o aumento da resolutividade e a redução da morbimortalidade, com foco nas causas evitáveis"; [...]"
		"4. Objetivos e Diretrizes do PES e sua compatibilização com o PPA 2020-2023"	OBJETIVOS: "1. Promover a equidade na cobertura da saúde materna e na infância em todos os níveis de atenção e, garantir o aumento da resolutividade e a redução da morbimortalidade, com foco nas causas evitáveis"
		"4. Objetivos e Diretrizes do PES e sua compatibilização com o PPA 2020-2023"	Diretriz relacionada ao objetivo 5: "Fomentar a captação e aplicação de recursos financeiros com equidade nas regiões de saúde, reduzindo desigualdades"
		"QUADRO: COMPATIBILIZAÇÃO ENTRE INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO MAPA ESTRATÉGICO E PES 2020 A 2023"	"RESULTADO PARA SOCIEDADE: MATERNO-INFANTIL: Promover a Equidade na cobertura da Saúde Materna e na Infância em todos os níveis de atenção e garantir o aumento da resolutividade e a redução da morbimortalidade, com foco nas causas evitáveis."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"QUADRO: COMPATIBILIZAÇÃO ENTRE INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO MAPA ESTRATÉGICO E PES 2020 A 2023"	"FINANCEIRO: Fomentar a aplicação de recursos financeiros com equidade nas regiões de saúde, reduzindo desigualdades"
		"QUADRO: COMPATIBILIZAÇÃO ENTRE INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO MAPA ESTRATÉGICO E PES 2020 A 2023"	"DIRETRIZES SETORIAIS ESPECÍFICAS PES: [...] 5.5) Fomentar a captação e aplicação de recursos financeiros com equidade nas regiões de saúde, reduzindo desigualdades"
		"PROPOSTAS APROVADAS NA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ"	EIXO: "CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)" relacionado com a diretriz: "Respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, Equidade" e a proposta: "Universalizar a política nacional de atenção domiciliar (modalidade 2 e 3 – melhor casa) a todos os municípios do país, independentemente do número de habitantes efetivando desta forma a equidade e a integralidade"
Rio de Janeiro	Sudeste	"1. Espaço e perfil sociodemográfico"	"Um dos pilares do SUS é o princípio de equidade, que aponta para a necessidade de estabelecer estratégias de atenção diversificadas e específicas para alcançar grupos que, de alguma forma, passam por maiores dificuldades de acesso aos serviços."
		"2. Aspectos Epidemiológicos'. Subseção: "2.5. Saúde, adoecimento e morte: contexto socioeconômico, demográfico e cultural"	"O perfil da morbimortalidade no estado do Rio de Janeiro, delineado no cenário apresentado, apontam para a presença de aspectos desafiadores para o sistema de saúde, dada a importante influência dos determinantes socioeconômicos, demográficos, ambientais, comportamentais e biológicos nesse contexto, tais como: as desigualdades por cor/raça e a necessidade de garantir equidade na atenção à saúde; [...]"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. Organização da Rede de Atenção à Saúde". Subseção: "3.1. Vigilância em Saúde" e "3.1.2. Vigilância Epidemiológica" e "3.1.2.2. Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT"	"A construção de uma política estadual de promoção da Saúde objetiva especificamente contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema, de maneira a ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde e a construção de uma agenda estratégica integrada, por meio do envolvimento das diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços de saúde, bem como do fortalecimento da integralidade, da equidade, da responsabilidade sanitária, da mobilização da comunidade, da participação social, da intersetorialidade, da informação, da educação e comunicação, e da sustentabilidade."
		"4. Gestão em Saúde". Subseção: "4.8. Regulação Estadual – Central Estadual e Regionais"	"Com intuito de fortalecer as ações descentralizadas de regulação, foi instituída pela SES-RJ a construção de um modelo de cogestão entre as Centrais Regionais de Regulação (CREG) da Secretaria de Estado de Saúde e as Centrais de Regulação (CMReg) dos municípios polo de cada região, com a perspectiva de garantir maior equidade do acesso à saúde da população, em especial às demandas de alta complexidade. Porém, até o presente, somente a CREG Norte, localizada no município de Campos, tem o formato de cogestão oficializado."
		"4. Gestão em Saúde". Subseção: "4.8. Regulação Estadual – Central Estadual e Regionais"	"A REUNI tem por objetivo permitir o acesso de todos os munícipes do estado aos serviços especializados e estratificados da capital. Tem como premissa uma fila única, onde os critérios de gravidade e equidade são priorizados."
		"5. Matriz DOMI do Plano Estadual de Saúde 2020 a 2023."	"OBJETIVO 1.15. Fortalecer a transversalidade das políticas de equidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de garantir a saúde das populações vulneráveis."
		"ANEXO A: Diretrizes da 8a Conferência Estadual de Saúde do RJ em diálogo com o PES"	"Propostas por temáticas aprovadas na 8a Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo I" [...] "DIREITO À SAÚDE: garantia do acesso ao SUS nos princípios da universalidade, integralidade e equidade."
		"ANEXO A: Diretrizes da 8a Conferência Estadual de Saúde do RJ em diálogo com o PES"	"PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)". Temas [...] "1.15 – Fortalecimento da transversalidade das políticas de equidade na RAS"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"ANEXO A: Diretrizes da 8a Conferência Estadual de Saúde do RJ em diálogo com o PES"	"Diretriz Consolidada Eixo II - Fortalecer a gestão compartilhada nas regiões de saúde com revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidade dos Municípios, Estados visando oferecer cuidado integral ao cidadão. Fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social, fomentar a participação social em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e ampliando a universalização, integralidade e equidade do SUS, construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências"
		"ANEXO A: Diretrizes da 8a Conferência Estadual de Saúde do RJ em diálogo com o PES"	"Diretriz Consolidada Eixo III- Financiamento adequado transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático como a sustentabilidade orçamentaria do SUS, respeitando as diferenças regionais e garantindo o direito à saúde em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e equidade dos serviços."
Rio Grande do Norte	Nordeste	"INTRODUÇÃO"	"Contudo, o PES busca gerir e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, no âmbito estadual e de modo a contribuir para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos nordestinos."
		"2. ORIENTADORES ESTRATÉGICOS". Subseção: "2.1. Missão, Visão e Valores".	"VALORES: Equidade, universalidade, integralidade, solidariedade, democracia, ética, transparência e qualidade."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.7. Atenção Primária à Saúde do Rio Grande Do Norte" e "5.7.9. Acompanhamento dos Condicionantes do Programa Bolsa Família"	"Tendo em vista a diretriz de equidade e os compromissos do Sistema Único de Saúde (SUS) na redução das desigualdades sociais e pobreza e considerando a APS como principal porta de entrada do cidadão aos serviços, o acompanhamento das condicionalidades de saúde insere-se no rol das atividades pactuadas na APS, oportunizando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde"	"5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde: A SESAP promove a integração de suas áreas técnicas e vigilâncias e das ações de saúde com o propósito de garantir uma maior visibilidade do SUS, através das políticas de Informação, Educação e Comunicação voltadas para a promoção da saúde. Assim, articula-se junto aos seguintes seguimentos: pessoas em situação de rua, ciganos, comunidades indígenas, povo de matriz africana, quilombola população de campo, negra e LGBT."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.1. Educação Popular em Saúde"	"A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) é instituída pela Portaria 2.761 de 19 de novembro de 2013. Como consta em seu Artigo 2º "A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática política e pedagógica que permeie as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo com a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.1. Educação Popular em Saúde"	"O Estado desenvolve ações que promovem a inclusão e valorização da educação popular em saúde. Ao decorrer de 2019, a Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação (SIEC), colaborou como entidade organizadora do I Encontro Potiguar de Educação Popular, Saúde, Cultura e Equidade na Convivência com o Semiárido, juntamente com a UERN de Mossoró e a Fiocruz-CE, contando com o apoio da ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde). Na ocasião foram elencadas algumas prioridades para 2020. Entre elas, a formação de agentes de Educação Popular em Saúde, junto aos movimentos sociais e profissionais da intersectorialidade."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.2. Política de Promoção da Equidade em Saúde"	"As desigualdades em saúde são persistentes e passíveis de mudanças, mas entende-se que as iniquidades podem ser revertidas, a partir da construção coletiva da Política de Promoção de Equidade em Saúde, que foi instituída pelo Ministério da Saúde e norteada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, contemplando as populações em situação de vulnerabilidade, respondendo às reivindicações históricas dos movimentos sociais organizados por segmentos populacionais."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.2. Política de Promoção da Equidade em Saúde"	"Nesse sentido, a SESAP, por meio da Subcoordenadoria de Informação, Educação e Comunicação - SIEC, artic política juntamente com os dois instrumentos de controle social, que são os Comitês Técnicos de Promoção à Sa População Negra e Quilombola (instituído pela portaria no 406/2014-GS-SESAP), e o de Promoção à Equidade e (instituído pela portaria no 293/2013 – GS – SESAP) contendo as seguintes representações:"
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.2. Política de Promoção da Equidade em Saúde"	"Quadro 04—Representações nos Comitês Técnicos de Promoção à Saúde da população Negra e Quilombola e d Promoção à Equidade em Saúde. [...] COMITÊ DE PROMOÇÃO À EQUIDADE EM SAÚDE: LGBT; Indígenas; Ci População em Situação de Rua; Povos de Religiões de Matrizes Africanas; Campos, Águas e Florestas;"
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.2. Política de Promoção da Equidade em Saúde"	"O fórum SIEQUIDADE, que teve sua primeira edição em 2014, trata de temáticas de Equidade e Educação Popu Saúde, Direitos Humanos, entre outras temáticas relevantes. Somente em 2019, foi retomada a condução da seg edição, o que demonstra que houve uma fragilidade na atenção das ações para estas políticas. Nesta segunda e intitulada "Intersetorialidade e fatores multiculturais na promoção à Saúde", reuniu palestrantes de referência dos movimentos sociais, representantes de universidades e os representantes dos diversos segmentos sociais em sit vulnerabilidade social."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.8. Promoção da Educação e da Equidade em Saúde" e "5.8.4. Povos e comunidades tradicionais de religião de matriz africana."	"Por meio do Comitê de Equidade em saúde, temos representações dessa população que relatam a intolerância e preconceito, apresentado por muitos, profissionais da atenção à saúde, no tocante a prestação de serviços à os r de Terreiros. Além disso há o racismo ambiental e institucional, que se mostra ainda recorrente na sociedade."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.9 Programa RN + SAUDÁVEL"	"A superação das práticas hegemônicas - de olhares reducionistas e fazeres fragmentados - requer posturas proa movidas por processos de gestão participativa e inclusiva, orientados pelos princípios da universalidade, integrali solidariedade e equidade."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.9 Programa RN + SAUDÁVEL"	"É prerrogativa do Programa RN + Saudável construir estratégias intersetoriais que assegurem direitos e ampliem qualidade de vida e cidadania da população, a partir de 4 Eixos Fundamentais: Cultura de Paz; Estilos de Vida Sa Ambientes Saudáveis; Equidade e Inclusão. [...] - Eixo 4: Políticas de Equidade e Inclusão – o fortalecimento das de inclusão e equidade, que estão inseridas na definição da justiça social e direitos humanos."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.11. Redes de Atenção à Saúde"	"O objetivo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é promover a integração de ações e serviços de saúde, para p atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do S em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica, com vistas à consolidação do princípios e diretrizes do SUS e a sua implementação efetiva."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.11. Redes de Atenção à Saúde" e "5.11.3. Rede de Atenção Psicossocial"	"Os fundamentos e diretrizes que norteiam as práticas de cuidado na RAPS, são: 'respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes soci saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado in assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão so vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Dan ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus fa organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriai garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lóg cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular' (BRASIL, 201

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.11. Redes de Atenção à Saúde" e "5.11.7 Regulação da Assistência à Saúde"	"Ressalta-se que o objetivo estratégico de estruturar a contratualização, regulação e auditoria dos serviços de saúde obedecendo aos princípios da equidade, intersetorialidade e acesso regional investindo em parceria para elaborar sistema próprio, com tecnologia que possibilite a integração das ações de avaliação, controle, regulação e auditoria ferramenta de gestão do SUS na SESAP – RN regionalizado."
		"5. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DA SAÚDE". Subseção: "5.11. Redes de Atenção à Saúde" e "5.11.9. Central de Regulação do Acesso às Portas Hospitalares - CAPH"	"Tem como objetivo regular o acesso dos usuários considerando-se a origem da condição do paciente, se eletiva ou urgência, sendo importante mecanismo para a garantia da equidade no acesso aos serviços especializados, do fluxo de pacientes para os níveis mais complexos, reorganizando a oferta de serviços, buscando assim, a melhor alternativa assistencial na execução das seguintes atribuições: [...]"
		"7. PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS". Subseção: "7.1. Gestão em Saúde"	"Outro desafio posto está relacionado ao alcance da equidade, pois há a necessidade de se reduzir as diversas desigualdades em saúde por meio de tarefas concretas de gestão que sejam capazes de modificar para melhor as condições de saúde daqueles que se encontram em situações menos favorecidas (LUCHESE, 2003)."
		"7. PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS". Subseção: "7.1. Gestão em Saúde"	"Dessa forma, é fundamental que os serviços de saúde atendam às necessidades de saúde dos usuários estruturados de acordo com os níveis de atuação e de densidade tecnológica, sendo primordial que se siga esta lógica de organização que se consiga atender o princípio da equidade."
		"7. PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS". Subseção: "7.2. Financiamento da Saúde"	"O financiamento da saúde tem sido objeto de preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos investem parcela considerável do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais redundam, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem, automaticamente, as iniquidades de acesso aos serviços."
		"7. PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS". Subseção: "7.3. Regionalização"	"Os fluxos e pactuações para realizar a assistência à saúde à população não devem se limitar a registros, o aprofundamento da regionalização deve resultar em regiões de saúde, onde se constitua uma rede regionalizada hierarquizada de atenção que garanta universalidade do acesso, da equidade, da integralidade e da resolutividade das ações e serviços de saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"EIXO 3: CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)"	"DIRETRIZ: Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo e tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e regionalização, como forma de concretizar os princípios de equidade, universalidade, integralidade, transparência e participação cidadã."
		"EIXO 3: CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)"	"PROPOSTAS [...] 5. Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, de acordo com os princípios de equidade, universalidade e integralidade, tendo Atenção Básica como ordenadora do cuidado, nos respectivos territórios, e aprimorar o princípio da regionalização, garantindo a transparência e participação cidadã."
		"EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)". Subseção: "OBJETIVO ESTRATÉGICO 03: Promover o acesso da população à vida saudável, por meio da implantação do Programa RN + Saudável."	Meta: "OE03M3.9. Implementar nas 8 Regiões de Saúde ações de promoção da equidade em saúde às populações em situação de vulnerabilidade de forma integrada, fortalecendo as políticas de atenção integral à saúde – Negros, quilombolas, indígenas, LGBT, dos Campos e Águas, em situação de rua, ciganos e povos de matrizes africanas."
		"EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)"	"OBJETIVO ESTRATÉGICO 08: Estruturar um sistema unificado de regulação obedecendo aos princípios da equidade."
Rio Grande do Sul	Sul	"1. PANORAMA DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO"	"A SES/RS trabalha na perspectiva da promoção da equidade em saúde a partir da implementação de políticas públicas direcionadas a alguns grupos populacionais específicos, a saber: povos indígenas, população negra, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), população do campo, florestas e águas, povos ciganos e imigrantes e refugiados."
		"1. PANORAMA DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO"	"Por promoção da equidade, entende-se que é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social, reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso ininterrupto ao coletivo."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"Sabe-se que existem equipes que ainda restringem o acesso dos usuários, utilizando como metodologia de acesso a distribuição de fichas, criando barreiras e filas desnecessárias e não utilizando critérios de classificação de risco e equidade para acesso ao serviço."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"A SES/RS aprovou, por meio da Portaria SES No 512/2020, a primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES) do país, construída com o apoio de atores estratégicos como sociedade civil, gestores e trabalhadores da saúde. Entre os objetivos dessa política, está o de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas, estabelecendo os princípios e as diretrizes para a organização dos serviços de saúde e para a organização na RAS. Como populações específicas, esta política refere-se a: população LGBT, povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional e população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"Os próximos anos serão destinados à implementação dessa política, que já conta com o aporte das áreas técnicas da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da SES/RS, e do trabalho que vem desenvolvendo nesta mesma linha."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"A abrangência da Política é para todo o Estado, porém, não possui financiamento próprio nem equipe de saúde e ações relacionadas à Política serão introduzidas na construção da matriz de implementação da Portaria que institui a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"O Comitê tem a função de elaboração, acompanhamento, apoio técnico, monitoramento e avaliação de ações planejadas para a saúde da população negra, a partir do desenvolvimento de estratégias intersetoriais e interinstitucionais e da sistematização de propostas que objetivem a promoção da equidade étnico-racial em saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"Com a publicação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, o Povo Cigano/Romani foi incluído uma das populações específicas abrangidas por essa legislação que visa à qualificação do acesso aos serviços c
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"A atenção à saúde da população LGBT contempla o princípio da equidade no SUS. No RS, está amparada pela SES/RS No 343/2014, a qual institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no RS. Nacionalmente, funda-se através da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Anexo XXI da Portaria de Consolidação No 2/2017 e respectivos anexos). Tais políticas objetivam romper com o histórico de desigualdade, discriminação, es preconceito social, aos quais a população LGBT é submetida nos serviços de saúde."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"Nesse mesmo período, no âmbito municipal, as ações dessa política foram variáveis, pois, embora a política esp as competências municipais (Artigo 5o da Portaria SES/RS No 343/2014), cada local organizou-se (ou não) de ac sua realidade. Houve aqueles que: elaboraram política municipal; criaram área técnica específica para esta pauta equidade em saúde; incluíram a população LGBT em seus Planos Municipais de Saúde; criaram projetos e/ ou se referência para atendimento da população LGBT, especialmente pessoas trans que necessitam de cuidado espec para a transição corporal e social; desenvolveram ações de educação permanente e sensibilização; e buscaram desenvolver a temática de forma transversal em suas atividades. Todavia, é importante ressaltar que, mesmo dia inúmeros avanços, os municípios se encontram em estágios muito distintos em relação a essa política."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)"	"A SES/RS tem atuado conforme as diretrizes, os objetivos e as competências da Política Estadual de Atenção In Saúde da População LGBT no RS, por meio da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde do DAS CRS, desenvolvendo ações de sensibilização, educação permanente, apoio técnico e tantas outras junto aos mun para a implementação desta política nas esferas estadual e municipal."
		"4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA". Subseção: "4.15 HEMORREDE ESTADUAL"	"A Política Estadual do Sangue e Hemoderivados tem por objetivo garantir a cobertura transfusional para todos o pacientes atendidos pelo SUS, com base nos seus princípios fundamentais: equidade, universalidade, integralida descentralização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, em consonância com a Política N Sangue e Hemoderivados. Está pautada na seguinte legislação: Lei Federal N° 8.080/1990; Lei Federal No 8.142 Federal No 10.205/2001; Decreto Federal No 3.990/2001; Portaria de Consolidação No 1/2017; Portaria de Conso No 5/2017; e Portaria Estadual No 293/2019."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"5. MACROPROCESSO S DE GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS". Subseção: "5.6 EDUCAÇÃO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE"	"O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEPS) da Escola de Saúde Pública, o qual integra o Sistema CEP/CONEP, avalia protocolos de pesquisa com seres humanos a partir dos referências bioéticas, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, a fim de assegurar o respeito à humana e a proteção dos participantes de pesquisas."
		"6. NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19". Subseção: "6.1 AÇÕES DA SES/RS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19"	"A Divisão de Políticas Promoção da Equidade em Saúde (POPES), buscando trabalhar de forma transversal, elaborou notas técnicas para auxiliar os profissionais de saúde e a gestão na condução desta pandemia."
		"6. NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19". Subseção: "6.1 AÇÕES DA SES/RS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19"	"Quanto a ações futuras, a Saúde de Adolescentes participará, juntamente com outras áreas do DAS, do Projeto Pesquisa "Desenvolvimento de estratégias de educação continuada em saúde e aprendizagem no formato de educação a distância nas temáticas da vigilância da violência e promoção da equidade, no contexto da COVID-19, no Estado do Rio Grande do Sul". Se aprovado, o projeto será financiado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS)."
		"11. DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES"	"A Diretriz deste Plano "Fortalecer o SUS no Rio Grande do Sul considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, integralidade, gratuidade, participação social e financiamento tripartite, de forma descentralizada e regida visando à promoção da saúde e à prevenção dos riscos a doenças", por exemplo, é a expressão direta dos eixos da Conferência Estadual de Saúde, em especial da diretriz "Saúde como Direito" (primeiro eixo), "Consolidação dos eixos do SUS" (segundo eixo) e "Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS" (terceiro eixo)."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"11. DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES"	"DIRETRIZ: Fortalecer o SUS no Rio Grande do Sul considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, integralidade, gratuidade, participação social e financiamento tripartite, de forma descentralizada e regionalizada, promoção da saúde e à prevenção dos riscos a doenças."
		"11. DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES"	"OBJETIVO 4 - Aprimorar os mecanismos de governança do SUS [...] 13: Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, bem como as políticas específicas às populações abrangidas por ela, nas 7 Macrorregiões do Estado."
Rondônia	Norte	"IV. CARACTERIZAÇÃO DO SUS RONDONIENSE". Subseção: "4.2 Da Rede de Atenção à Saúde"	"Para atender o processo de descentralização e favorecer o acesso às ações e serviços de saúde, segundo princípios de integralidade e da equidade, a SESAU organizou a rede de atenção a partir da atenção básica, sob o olhar para os grupos populacionais com necessidades distintas para minimizar as desigualdades locais regionais que devem ser contemplados na rede de atenção à saúde do SUS Rondoniense e suas transversalidades. "
Roraima	Norte	"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"	"Desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, deve ser o preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social. A APS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral."
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" e "4.1.6 – SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+"	"Instituída pela Portaria no 2.836 de 1o de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (entendimento ampliado LGBTQIA+) reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e a equidade com a efetiva participação da comunidade, neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTQIA+ tem como marca promover a saúde eliminando a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero porque reflete na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais."
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" e "4.1.6 – SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+"	"Conforme a Portaria no 2.836 de 1o de dezembro de 2011 da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIA+) compete aos Estados: [...] - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios; [...]"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" e "4.1.7 – SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS"	"A Política objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população indígena, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção. Neste sentido o Núcleo de Ações Programáticas de Saúde dos Povos Indígenas (NAPSPI) está incumbido de desenvolver as seguintes ações:"
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.2 – ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA À SAÚDE" e "4.2.1 – ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS"	"Nesse contexto são diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências: [...] - garantia da universalidade, equidade, integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); [...]"
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.2 – ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA À SAÚDE" e "4.2.1 – ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS"	"Nesse contexto são diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências: [...] - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e [...] "
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.3 – REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA"	"Compreende a regulação do acesso à saúde o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito consagrado na Constituição de 1988, da universalidade, integralidade e equidade. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhor atendimento (CONASS, 2011)."
		"4. ATENÇÃO À SAÚDE". Subseção: "4.3 – REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA"	"Com ações desenvolvidas pela Coordenação Geral de Regulação, Avaliação e Controle – CGRAC em consonância com a Política Nacional de Regulação: conforme a Portaria no 1.559 de 10 de agosto de 2008 (art. 5º incisos, I a X), são atribuições da regulação do acesso: [...] - Garantir os princípios da equidade e da integralidade; [...]"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"9. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE". Subseção: "9.5 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE" e "9.5.2 – ESCOLA TÉCNICA DO SUS - ETSUS"	"A missão da ETSUS/RR é contribuir para a excelência da Atenção à Saúde, Saúde e Sociedade, Gestão em Saúde e Vigilância em Saúde, fomentando os profissionais das áreas a incorporarem, em suas ações, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber, a integralidade, a equidade, a universalidade, a resolubilidade, a humanização, a prevenção e controle e o reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários. E sua visão de futuro é tornar referência local e nacional em Educação Profissional e Permanente na área da Saúde."
		"12 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS". Subseção: EIXO TEMÁTICO I – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"	"DESCRIÇÃO DA META 1.1.16: AUMENTAR A COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EXECUTADA EM 14 MUNICÍPIOS, QUALIFICANDO O ACESSO COM ÊNFASE NA HUMANIZAÇÃO E NA EQUIDADE."
		"12 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS". Subseção: EIXO TEMÁTICO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR"	"EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR [...] CONSIDERAÇÕES: [...] **Total de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados nas unidades de saúde do interior do estado de Roraima, realizados na rede jurídica estadual, processados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Além da capital Boa Vista, centro mais dinâmico e de maior densidade populacional e tecnológico, ressaltando o mínimo aceitável dentro das condições de disponibilidade profissional, por uma questão de equidade, a manutenção e fortalecimento dos serviços públicos de saúde no interior nos demais 14 Municípios deve ter atenção especial."
		"12 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS". Subseção: EIXO TEMÁTICO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE"	"EIXO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE [...] CONSIDERAÇÕES: [...] ** Em consonância com o princípio da equidade do SUS, e tendo em vista a especificidade local em favor dos povos indígenas se faz necessário realizar um estudo objetivando criar o cargo de intérprete para suporte ao colhimento dessa demanda nas unidades de saúde do estado de Roraima; se trata de uma população vulnerável na qual a ciência aponta para a necessidade de especial atenção para aspectos mais abrangentes tais como: cultura, garimpo ilegal, destruição ambiental, dentre outros. Nesse contexto é importante priorizar acesso na saúde com padrões e processos de trabalho direcionados ao perfil dessa demanda populacional, fortalecendo inclusive a retirada de barreiras linguísticas que dificultem a oferta de uma atenção o mais humanizada possível entre o índio e o não índio. As populações indígenas estão em um cenário agravado pelo risco à saúde, razão pela qual o tema da barreira linguística deve ter atenção especial. Atenuar os impactos na comunicação certa medida pode mitigar aspectos relevantes contribuindo para uma relação comunicativa de mais igualdade entre quem compreende e ser compreendido desse público-alvo dentro das unidades de saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"12 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS". Subseção: EIXO TEMÁTICO XII – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE "	"EIXO XII – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE [...] CONSIDERAÇÕES: [...] 'consonância com o princípio da equidade do SUS, e tendo em vista a especificidade local em favor dos povos inc faz necessário viabilizar a construção de uma ambiência hospitalar para acolhimento desse público alvo, cabe de se trata de uma população vulnerável na qual evidências científicas denotam especial atenção para reflexões com mais abrangentes tais como: cultura, garimpo ilegal, destruição ambiental, imigrantes indígenas, dentre outros. No contexto, é importante priorizar acesso com padrões infraestruturais direcionados ao perfil dessa demanda popul fortalecendo a atenção o mais humanizada possível. No que couber, respaldado por uma análise técnica se pode estruturas já edificadas, desde de que estejam em harmonia e padrões intra-hospitalares adequados em observâ cultura; a preservação do cuidado hospitalar e ambulatorial deve ter um olhar atento a forma ofertada objetivando estar dos índios e dos não índios."
		"12 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS". Subseção: EIXO TEMÁTICO XII – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE "	"EIXO XII – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE [...] CONSIDERAÇÕES: [...] 'consonância com o princípio da equidade do SUS, e tendo em vista a especificidade local em favor dos povos inc faz necessário viabilizar a construção de uma ambiência laboratorial para acolhimento desse público alvo, cabe d que se trata de uma população vulnerável na qual evidências científicas denotam especial atenção para reflexões aspectos mais abrangentes, tais como: cultura, garimpo ilegal, destruição ambiental, imigrantes indígenas, dentre Nesse contexto, é importante priorizar acesso com padrões infraestruturais direcionados ao perfil dessa demanda populacional fortalecendo a atenção o mais humanizada possível. No que couber, respaldado por uma análise téc pode utilizar estruturas já edificadas, desde de que estejam em harmonia e padrões intra-hospitalares adequados observância as suas culturas; a preservação do cuidado hospitalar e ambulatorial deve ter um olhar atento a form objetivando o bem-estar dos índios e dos não índios."
		"12 – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS". Subseção: EIXO TEMÁTICO XII – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE "	"EIXO XII – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE [...] CONSIDERAÇÕES: [...] 'consonância com o princípio da equidade do SUS, e tendo em vista a especificidade local em favor dos povos inc faz necessário viabilizar a construção de uma unidade hospitalar materna infantil para acolhimento desse público destacar que se trata de uma população vulnerável na qual evidências científicas denotam especial atenção para com aspectos mais abrangentes, tais como: cultura, garimpo ilegal, destruição ambiental, imigrantes indígenas, d outros. Nesse contexto, é importante priorizar acesso com padrões infraestruturais direcionados ao perfil dessa d populacional fortalecendo a atenção o mais humanizada possível. No que couber, respaldado por uma análise téc pode utilizar estruturas já edificadas, desde de que estejam em harmonia e padrões intra-hospitalares adequados observância as suas culturas; a preservação do cuidado hospitalar deve ter um olhar atento a forma ofertada obje bem-estar dos índios e dos não índios."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
Santa Catarina	Sul	"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"Com a responsabilidade de fomentar respostas sustentadas nos princípios e diretrizes da Rede SUS, o Núcleo E da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade em parceria com as Regionais de Saúde, Ministério da Saúde, gestores municipais e participação social, desenvolve ações de cuidado fortalecimento de respostas biopsicossociais no “modo de fazer e pensar saúde”."
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"O Núcleo Equidade foi pensado visando contribuir com necessidades, multiplicidades e especificidades as singularidades subjetividades de cada sujeito ou grupo social, de forma a reconhecer que as desiguais realidades de vida, trabalho, habitação, renda, acesso à educação, lazer, cultura além dos serviços públicos impactam diretamente na saúde. O preconceito, sabemos todos, impõe limitações de forma a não garantir escuta aos equipamentos de saúde em conformidade com os princípios do SUS, além da equidade, da universalidade e integralidade."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"Com isso, o Núcleo Equidade reafirma por meio de suas ações, o reconhecimento por políticas públicas ancoradas na diminuição das diferenças sociais ofertando cuidado em saúde desigual para necessidades desiguais, voltados a social, defesa da vida, preconizado por um dos princípios SUS - equidade."
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"O fortalecimento por políticas de promoção da equidade em saúde, à atenção na oferta do cuidado a partir de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde, objetivando seu enfrentamento às iniquidades de saúde por políticas: pessoas em situação de rua, população do campo, quilombolas, cigana, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT), negros, indígenas e do homem, com respostas às suas necessidades plurais por políticas de promoção da equidade em saúde."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"Assim, o Núcleo Equidade em Saúde tem como preceito contribuir que o respeito à pluralidade e a garantia da m das condições de saúde – via garantia do atendimento na Rede SUS ao cidadão catarinense vivendo em situação vulnerabilidade."
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis"	"As atribuições do Núcleo Equidade em Saúde estão em promover a implantação/implementação de políticas púb vigentes para estes segmentos populacionais, que ora é de responsabilidade do núcleo, consolidando cuidado em no território."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)"	"Ampliar e fortalecer o diálogo no território buscando consolidar parceria junto à atenção primária e gestores, objetivar ações de cuidado em saúde que fortaleçam a socialização de preceitos e diretrizes da PNSIPN, o Núcleo Equidade objetiva contribuir para a efetiva promoção de igualdade racial."
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)"	"Com isso, o Núcleo Equidade reafirma garantir por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde visando garantir a escuta em conformidade com os princípios SUS, tendo como uma de suas atribuições o planejamento e implementação desta política, com a elaboração do Plano de Ação, respeitando às especificidades e necessidades do território."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "Política Nacional para População em Situação de Rua"	"A Atenção Primária para todos os usuários é a porta preferencial de entrada do cuidado em saúde, segue sendo para àqueles que vivem em situação de rua. Com a responsabilidade de promover a equidade no cuidado à saúde da população, o Ministério da Saúde criou uma política pública em convergência com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e a lógica da atenção psicossocial, que se concretiza por meio do "Consultório na Rua" (Portaria de Consolidação nº 2/2017. Anexo XVI)"
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "Política Nacional para População em Situação de Rua"	"Nesta perspectiva, está entre as ações do Núcleo de Equidade em Saúde a formalização de um Plano de Ação voltado para a população em situação de rua, como também ações inclusivas de incentivo, apoio, mediação e articulação com os municípios regionais e municipais, objetivando a implementação dos Consultórios na Rua em consonância com portarias vigentes, como, fomentar o cuidado integral à saúde das pessoas que vivem em situação de rua no território catarinense por meio de uma Atenção Primária à Saúde fortalecida."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICO S, AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICOS" e "1.2.3 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis" e "Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT):"	"Entretanto, a efetivação dos direitos civis da população LGBT, dentre eles, o direito à atenção integral à saúde, g constitucionalmente, muitas vezes ainda é negligenciado nas tentativas de sua implementação. Assim, o Núcleo d Equidade em Saúde tem como norte de suas ações a proposta pactuada e expressa na Resolução supracitada, s responsabilidade de apoiar a execução das políticas públicas de saúde vigente através da educação permanente subsidiando os profissionais da rede SUS nas ações de cuidado em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), bem como, ação para o cotidiano do trabalho."
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.3 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE"	"No momento atual estamos tentando alteração do perfil dos municípios na planilha de monitoramento do Ministé Saúde, condensando as informações dos municípios (áreas de vulnerabilidade, indígenas, quilombolas, baixo IDH altas taxas de incidência de agravos de origem infecciosa e condições sensíveis) e tentando estruturar estratégia: garantir a saúde em sua integralidade, equidade e universalidade."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.4 GESTÃO EM SAÚDE" e "1.4.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico" e "1.4.6.2 Centro de Informações e Assistência Toxicológicas (Ciatox)"	"Dessa forma, entende-se como macroproblema relacionado ao CIATox/SC a ausência de uma linha de cuidado toxicologia, junto a SES e, como forma de suprir a necessidade de solucionar esse problema, foram elaborados os seguintes objetivos: [...] Promover equidade da realização dos exames toxicológicos de urgência; [...]"
		"1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE". Subseção: "1.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE" e "1.6.2 Rede de Urgência e Emergência"	"Diante deste cenário, a Rede de Urgência e Emergência precisa evoluir na organização, e implementação das linhas de cuidados prioritários como Trauma, Cardiologia – IAM e Neurologia/Neurocirurgia – AVC, considerando também a necessidade de aumento do número de leitos específicos para Acidente Vascular Encefálico e leitos de Unidade Coronariana, bem como a construção de protocolos e fluxos que sejam efetivos, visando garantir a equidade no acesso ao tempo oportuno."
		"2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PRIORIZADOS". Subseção: "PERSPECTIVA PROCESSO" e "DIRETRIZ: ESTRUTURAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS"	"Objetivo Estratégico 7: Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários promovendo a equidade"

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO". Subseção: "3.1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE – PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO"	"Para a formulação do Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023 foi considerado as propostas da Conferência Estadual de Saúde, bem como, as diretrizes dos Planos Regionais Integrados, em um processo de planejamento ascendente integrado promovendo a equidade dos instrumentos."
		"3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO". Subseção: "3.1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE – PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO"	"OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO PRI: [...] Ampliar e qualificar o acesso aos serviços da AP, em tempo adequado, com ênfase na humanização, valorização profissional e equidade no atendimento nas necessidades de saúde, baseado em protocolos e Guia de Prática Clínica."
		"3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO". Subseção: "3.1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE – PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO"	"Objetivos estratégicos - Mapa estratégico SES: [...] 7. Ampliar ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade."

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
		"3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO". Subseção: "3.1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE – PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO"	"Propostas da 8ª conferência estadual de saúde de SC: [...] Reafirmar e fazer cumprir os princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS, conforme a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Lei 8080/90 e Lei 8142/90, observando a saúde como um direito e não como cobertura universal. "
		"3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO". Subseção: "3.1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE – PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO"	"OBJETIVOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO PRI: [...] Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica".
		"3. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO". Subseção: "3.2. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – LDO – PPA – PROGRAMAS ESTRATÉGICOS – PLANO DE GOVERNO"	"OBJETIVOS SES PERSPECTIVA PROCESSO [...] 7. Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo equidade".

Unidade Federativa	Região	Termo: Equidade	
		Seção que aparece:	Trecho
São Paulo	Sudeste	"III – VIGILÂNCIA EM SAÚDE". Subseção: "Rede de Cuidados IST/AIDS e Hepatites Virais"	"A necessidade de aprimorar o cuidado às IST/AIDS e hepatites virais frente às diretrizes para a incorporação de tecnologias de prevenção e ampliação da oferta de testes para o diagnóstico e tratamento precoce fez com que a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) iniciasse um processo para a consolidação dessa rede de cuidados 2018, qualificar a Atenção Básica, fortalecer os serviços especializados em IST/AIDS e reorganizar a assistência Hospitalar, com o objetivo de ampliar e organizar o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado, atendendo de suas necessidades relacionadas às IST/AIDS e Hepatites Virais B e c. Foram definidas 27 regiões de saúde prioritárias em 2018."
		"PARTE IV – REDE DE SAÚDE". Subseção: "Saúde mental"	"A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) investe nos processos de regionalização, com o objetivo de promover a equidade do acesso, evitando a fragmentação, os vazios assistenciais e a subutilização dos serviços no território."
Sergipe	Nordeste	"4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE". Subseção: "4.2. HÁBITOS E ESTILO DE VIDA" e "B. SOBREPESO E OBESIDADE"	"Na atualidade a Secretaria, busca promover melhoria na estruturação da linha de cuidado, articulando o estabelecimento de parceria com os diferentes atores externos e internos envolvidos na referência e contrarreferência para implementação da oferta definitiva de serviços que melhor atenda a necessidade da população, respeitando a equidade e integralidade da atenção."
Tocantins	Norte	Não encontrado.	

Fonte: elaborado pelo autor

Apêndice 3: Definições do termo “equidade” nos Planos Estaduais de Saúde (2020–2023)

Plano de Saúde	Definição:
Amazonas	"Para praticar uma saúde com equidade, é necessário realizar um planejamento que busque a diminuição das desigualdades regionais e supere as iniquidades em saúde, pois historicamente o estado possui regiões de saúde que apresentam condições de desenvolvimento muito baixas e com indicadores de organização, gestão e participação em saúde muito baixos." (p.95)
Distrito Federal	"A noção de equidade, estruturante no Sistema Único de Saúde brasileiro, muitas vezes reportada como igualdade, conforme textos legais, relaciona-se à questão de justiça em acesso e condução das ações para manutenção da saúde. Desse modo, tal conceito relaciona-se à redução das disparidades no estado de saúde e no atendimento em serviços de saúde em decorrência do pertencimento social do indivíduo, reconhecendo que determinantes sociais de grupos específicos impactam em seus resultados em saúde. Também se considera que o direito à saúde deve atender às necessidades dos diferentes grupos populacionais." (p. 145 e 146)
Espírito santo	"A promoção de equidade em saúde no ES forma um conjunto de ações priorizadas na APS em função da especificidade de doenças ou dos condicionantes sociais, étnico/culturais, de orientação sexual e da diversidade de gênero." (p. 65)
Goiás	"A equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; a sua consolidação é um desafio a ser superado pela gestão. (p.158)
Minas Gerais	" A Equidade é um dos princípios do SUS e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Ela é construída a partir da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, ao lazer, à cultura e aos serviços públicos impactam diretamente na saúde (Ministério da Saúde, 2017). Neste sentido, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são um conjunto de políticas construídas a partir da compreensão das diferentes formas de discriminação como determinantes sociais da saúde, que influenciam nas formas de adoecimento e no acesso e qualidade da assistência oferecida a determinadas populações. Entender a equidade e a garantia de acesso à saúde pelo viés dos determinantes sociais pressupõe a compreensão de que diferentes características, como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção e especificidades territoriais/regionais, e a consequente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atribuídas, possibilitam diferentes formas de inserção social e influenciam no acesso aos direitos e às políticas públicas diversas, gerando vulnerabilidades diferentes." (p. 158)

Plano de Saúde	Definição:
Paraná	"A promoção da equidade é a capacidade de "reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade" (FIOCRUZ, 2020a). Portanto, o objetivo da promoção da equidade em saúde é ampliar o acesso das populações vulneráveis no SUS. Essas populações apresentam maior risco de adoecimento, tendo em vista fatores como desigualdades sociais e distribuição de renda, orientação sexual, raça/cor e etnia, fluxo migratório, baixa escolaridade e dificuldade de acesso às principais políticas públicas. Para enfrentar os diversos desafios que expõem essas populações ao maior risco de adoecer, é necessário conhecer suas especificidades, desde a APS e os demais níveis de atenção do SUS, e inserir as temáticas na RAS em todas as linhas de cuidado." (p. 128)
Piauí	"CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): Respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, Equidade" (p. 118)
Rio de Janeiro	"Um dos pilares do SUS é o princípio de equidade, que aponta para a necessidade de estabelecer estratégias de ação diversificadas e específicas para alcançar grupos que, de alguma forma, passam por maiores dificuldades de acolhimento nos serviços. Para os segmentos considerados mais vulneráveis, a organização de políticas específicas e ações afirmativas é fundamental para a concretização desse direito." (p. 24)
Rio Grande do Sul	"Por promoção da equidade, entende-se que é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo." (p.32)
Santa Catarina	Com isso, o Núcleo Equidade reafirma por meio de suas ações, o reconhecimento por políticas públicas ancoradas na diminuição das diferenças sociais ofertando cuidado em saúde desigual para necessidades desiguais, voltados a justiça social, defesa da vida, preconizado por um dos princípios SUS - equidade. (p. 112)

Fonte: elaborado pelo autor.

Apêndice 4: Sistematização dos termos correlatos à equidade nos Planos de Saúde (2020–2023)

Termo correlato:	Principais contextos de uso:	Exemplos de conteúdo associado:
Desigualdade	Análise situacional; indicadores epidemiológicos; acesso aos serviços	Desigualdades regionais; sociais; de acesso; distribuição de serviços
Iniquidade	Diferenças injustas em saúde; vulnerabilidade; disparidades territoriais	Iniquidades regionais; sociais; em saúde; entre grupos populacionais
Igualdade	Direitos; cidadania; acesso; políticas públicas	Igualdade de direitos; igualdade de acesso; igualdade de condições
Justiça social	Diretrizes e princípios; fundamentação das políticas	Redução de desigualdades; promoção de direitos; base ética das ações em saúde

Fonte: elaborado pelo autor.