

AS DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DO NORDESTE: A HUMANIZAÇÃO COMO TENTATIVA DE MITIGAR A REALIDADE EXISTENTE

Amanda de Araújo Cravo¹

Ana Paula Souza de Aquino²

Beatriz Valiante Alves da Silva³

André Fernando Oliveira Fermoseli⁴

Jaim Simões de Oliveira⁵

Medicina



cadernos de
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

Compreende-se humanização como a garantia de um bom atendimento ao paciente, trata-se de um vínculo entre profissionais e pacientes pautado em ações de compreensão e valorização do sujeito. Além disso, é entendida como uma atitude ética e humanitária, e pensando dessa forma, está circunscrita pelo domínio das relações interpessoais. Esta revisão bibliográfica sistemática integrativa, com abordagem qualitativa, tem como objetivo compreender a influência das desigualdades sociais na saúde, com destaque para a Região Nordeste, analisando os impactos da humanização de forma positiva ou negativa nestas desigualdades. Este estudo fez uso de artigos coletados até maio de 2020 nas bases de dados PubMed e BVS. Para tanto foram empregados os descritores "healthcare inequalities", "health disparities", "health policy" e "desigualdade em saúde". Constatou-se que apesar da Região possuir a maior cobertura em programas de saúde pública, ainda não possui índices satisfatórios na diminuição das desigualdades em saúde. Identifica-se que as práticas humanitárias se apresentam como uma das estratégias de resolução da problemática a curto e longo prazo.

PALAVRAS CHAVES

"desigualdades na saúde", "disparidades na saúde", "política de saúde"

ABSTRACT

Humanization is understood as the guarantee of good patient care, it is a bond between professionals and patients based on actions of understanding and valuing the subject. In addition, it is understood as an ethical and humanitarian attitude, and thinking in this way, it is circumscribed by the domain of interpersonal relations. This systematic integrative bibliographic review, with a qualitative approach, aims to understand the influence of social inequalities on health, with emphasis on the Northeast Region, analyzing the impacts of humanization in a positive or negative way on these inequalities. This study made use of articles collected until May 2020 in the PubMed and VHL databases. For this purpose, the descriptors "healthcare inequalities", "health disparities", "health policy" and "health inequality" were used. It was found that although the Region has the highest coverage in public health programs, it still does not have satisfactory rates in reducing health inequalities. It is identified that humanitarian practices are presented as one of the strategies for solving the problem in the short and long term.

KEYWORDS

"healthcare inequalities", "health disparities", "health policy"

1 INTRODUÇÃO

A concepção de saúde, quando analisada numa percepção geral, é composta de fatores que garantem uma homeostase do indivíduo como um todo, objetivando a relação das demais esferas da vida como influenciadoras diretas do bem-estar corporal e psicológico, contextualizada pela própria Organização Mundial de Saúde como uma união íntegra de bem-estar, inserindo tanto o físico quanto mental e social, abstraindo da percepção de que se consistiria apenas na ausência de afecções e enfermidades (WHO,1948).

Desse modo, cabe a análise de fatores e diferenças subjetivas, que possam influenciar as respostas de saúde. Um exemplo destas é a desigualdade socioeconômica, que se entende de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como um processo existente dentro das relações da sociedade, presente em todos os países do mundo. Desigualdades essas que fazem parte das relações sociais, pois determinam um lugar aos desiguais, seja por questões econômicas, de gênero, de cor, de crença, de círculo ou grupo social (IBGE, 2014).

Estas desigualdades, são transferidas para o campo da saúde frequentemente, seja no acesso ou na própria forma como todo o conceito de saúde se desenvolve. Em síntese, as desigualdades na saúde refletem uma desigualdade social já acometida na população (BARRETO, 2017).

A humanização é vista como a garantia do paciente a um bom atendimento, mesmo que o serviço não ofereça o que ele necessita. Ou seja, busca assegurar a aten-

ção integral ao usuário. Este sentido de humanização, mostra uma compreensão ampliada do termo e da própria forma como ele é feito, destacando a ótica de um dos princípios, da Política Nacional de Humanização; a transversalidade, que supõe um sistema de saúde em rede e sua interação com as desigualdades sociais, de modo a garantir um atendimento resolutivo, independente das condições externas (FERREIRA, 2018).

Um eixo que compreende a humanização como vínculo entre profissionais e usuários, efetuado a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos. Nesse eixo podemos, ainda, abarcar os sentidos que compreendem a humanização como atitude ética e humanitária, que se constitui a partir de uma escuta sensível e compreensiva e uma ação ética. Nestas acepções a humanização circunscreve-se, prioritariamente, no domínio das relações interpessoais. Entende-se, também, que o desenvolvimento das tecnologias no âmbito da saúde acarreta a desumanização das práticas neste campo, e que a ética é uma escolha racional entre possibilidades existentes. (HECKERT *et al.*, 2009, p. 496).

Em síntese, o presente artigo tem como objetivo compreender a influência das desigualdades sociais na saúde, com destaque para a Região Nordeste, analisando os impactos da humanização de forma positiva ou negativa nestas desigualdades. A importância de tal pesquisa se dá pela averiguação de um ambiente biopsicossocial onde poderá ser avaliado e, posteriormente, ser posto em prática medidas para mitigar ou instigar os cenários apontados pelos artigos selecionados, a fim de se atingir uma realidade mais igualitária e benéfica para todos da região.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi feito com abordagem qualitativa, configurando-se como uma revisão bibliográfica sistemática integrativa, de profundidade exploratória que fez uso de artigos científicos. As buscas foram feitas no PUBMED e na Biblioteca Virtual de Saúde, considerando artigos de 2015 até maio de 2020. Os descritores utilizados para busca na plataforma PUBMED foram: "*healthcare inequalities*", "*health disparities*" e "*health policy*". Sendo utilizados os filtros de cinco anos e pesquisas com humanos para o primeiro e o segundo descritor.

Com o terceiro, além dos filtros de cinco anos e do de pesquisas com humanos utilizou-se também, o de publicações na língua portuguesa. Já na base de dados BVS, os filtros utilizados com o descritor "desigualdade em saúde" foram referentes à coleção: base de dados nacionais. Assuntos principais, sendo estes: acesso aos Serviços de Saúde, fatores Socioeconômicos, disparidades em Assistência à Saúde e nos Níveis de Saúde. País: Brasil como assunto e intervalo de ano de publicação dos últimos cinco anos.

Os fatores de inclusão dos artigos foram uma abordagem da relação das desigualdades sociais com aspectos na saúde pública de modo amplo e generalista. Os fatores de exclusão dos artigos foram o grau de especificidade em áreas da saúde, como odontologia e enfermagem, também a interação do tema com outras patologias específicas. Tanto os fatores de inclusão como os de exclusão foram utilizados apenas para a plataforma PUBMED, pois a metodologia de pesquisa da BVS foi feita, utilizando-se somente os filtros disponíveis supracitados. Num total, foram selecionados nove artigos na PUBMED e dois na BVS aplicando os fatores de inclusão e exclusão, juntamente com a leitura dos resumos, o que sintetiza o uso de onze artigos para esta revisão bibliográfica de literatura.

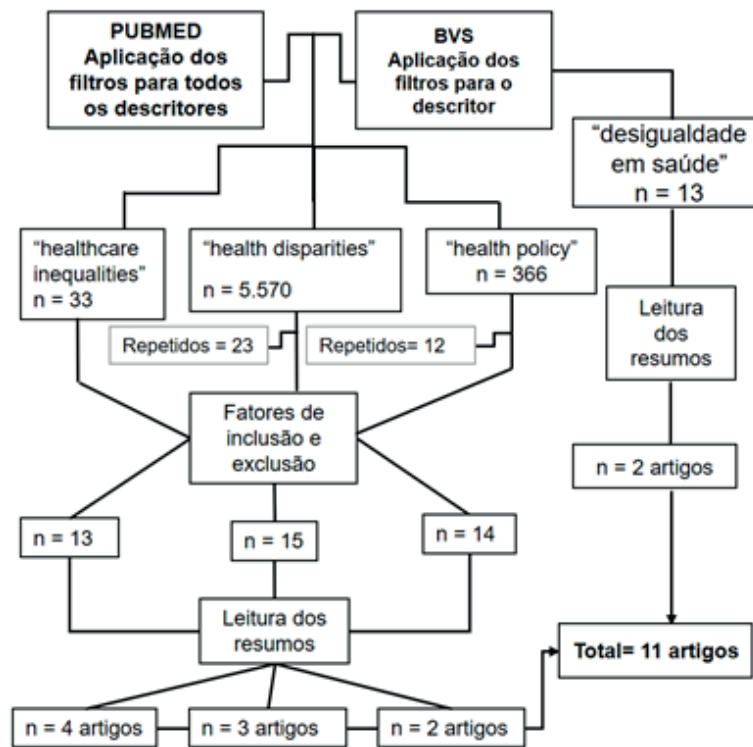


Figura 1: Fluxograma da metodologia de pesquisa para seleção dos artigos

3 RESULTADOS

No Quadro 1, estão organizados os artigos selecionados para a escrita da revisão, bem como suas metodologias e principais informações.

Quadro 1 – Artigos selecionados para a escrita da revisão

REFERÊNCIAS	METODOLOGIA	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPAIS	CONCLUSÃO
DIAS et al., 2019. "Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil."	Estudo de caso de abordagem qualitativa.	Refletir sobre as possíveis influências do contexto sobre a implementação da PNPS	Foi identificada a interface da PNPS com as demais políticas, programas e projetos vinculados à política nacional de saúde, embora se reconheça que o campo da promoção da saúde não tem seus limites contornados no setor da saúde.	PNPS ainda não está suficientemente implantada na região de saúde do Nordeste e sinaliza para a necessidade de incorporação de instrumentos de monitoramento e avaliação específicos para esta política.
GALLARDO, 2019. "Intersetorialidade, a chave para enfrentar as Desigualdades Sociais em Saúde."	Revisão de literatura.	Encontrar as chaves para intervir nas desigualdades sociais em saúde (DSS), dentre as quais a intersetorialidade destaca-se como uma das mais cruciais e estratégicas.	A Promoção da Saúde, a criação de redes e o Controle de Ativos de Saúde, são as chaves para enfrentar as DSS a partir de uma abordagem intersetorial de integração.	O desenvolvimento de novas capacidades de gestão e novos compromissos institucionais é a chave para diminuição das desigualdades em saúde, ou seja, o setor de saúde não pode presumir que é protagonista na abordagem das DSS.
MOREIRA et al., 2015. "Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura."	Revisão integrativa sistemática da literatura, com abordagem quantitativa.	Investigar a produção científica sobre Políticas Públicas de Humanização.	Consta-se que os fatores existentes e que podem dificultar o processo de humanização estão relacionados a três questões: ao modo de cuidar, ainda fundamentado no modelo cartesiano de atenção; às relações interpessoais entre os membros da equipe de saúde e às normas e rotinas estabelecidas pelos serviços de saúde.	A Política Nacional de Humanização é um relevante marco de referência na elaboração de práticas de saúde. Por essa razão, é premente a multiplicação de reflexões relacionadas às maneiras de se promover humanização nos serviços de saúde.
OLIVEIRA et al., 2017. "Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde."	Estudo de caso.	Compreender os desafios dos formuladores de políticas e gestores do SUS para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos serviços prestados pelos médicos.	A escassez de médicos e sua má distribuição em zonas geográficas e outras áreas de atenção à saúde, juntamente à alta demanda desses profissionais no crescimento das redes de serviços, tanto públicos quanto privados se revelam como principais desafios para a assistência médica do SUS.	Com as disparidades na saúde existindo, o governo buscou soluções para essas mazelas existentes, porém, não foram encontradas intervenções para tal no setor privado. Assim, conclui-se necessário políticas voltadas para o RH para garantir a acessibilidade geográfica e sustentabilidade da assistência médica do SUS.
NOGUEIRA et al., 2016. "Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil."	Estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa.	Analisar a distribuição geográfica dos profissionais do Programa Mais Médicos alocados na Região Nordeste, pela desigualdade dos serviços de saúde, influenciadas pela carência e má distribuição geográfica.	O número de profissionais brasileiros alocados em municípios com dificuldades chega a 57% do total. Contudo, mesmo os designados às localidades com maiores vulnerabilidades socioeconômicas, são os municípios com menores distâncias das capitais, apontando a predominância de escolha, por parte dos médicos brasileiros, por cidades próximas aos grandes centros urbanos.	Apesar dos avanços proporcionados pelo Programa, como a distribuição dos médicos para localidades com maior vulnerabilidade, alguns Estados permanecem com importantes vazios assistenciais.
SILVA et al., 2018. "Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro."	Revisão integrativa da literatura com estudo de campo.	Apresentar os principais métodos de mensuração e monitoramento das desigualdades sociais em saúde e ilustrar suas aplicações.	Apesar dos avanços evidenciados nos indicadores nacionais de pré-natal, importantes desigualdades foram identificadas entre subgrupos da população, sem que houvesse redução da magnitude dessas diferenças no período estudado.	A descrição e monitoramento dessas desigualdades são fundamentais para o direcionamento de políticas de saúde, com foco em grupos mais vulneráveis que vêm sendo deixados para trás.
SANTOS, COSTA, GIRARD, 2015. "Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde".	Estudo de campo.	Diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde.	O Programa Mais Médicos não é um equívoco conceitual e, além de bem fundamentado em evidências das necessidades da população, é concenemente aos princípios constitucionais do SUS. Diagnosticada a escassez, o Programa incide sobre a falta de médicos a curto e médio prazo, e ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional. O SUS ainda precisa de muito mais para garantir o direito universal à saúde, mas as evidências já indicam melhor distribuição de médicos e maior oferta de serviços, particularmente nos territórios remotos. O povo das cidades, do campo e da floresta quer mais médicos e mais perspectivas de saúde e de justiça social.	A integração dos profissionais nas Equipes de Saúde da Família fortaleceu e expandiu a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva da adoção de um modelo de atenção que englobe as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos, para enfrentar o desafio da dupla carga de doença, ou seja, argumenta-se que o Programa Mais Médicos é uma ação efetiva para reduzir as iniquidades em saúde.

4 DISCUSSÃO

Dos onze artigos selecionados para esta revisão, quatro abordaram as Políticas Públicas em saúde: Zanfolin e outros autores (2015), Moreira e colaboradores (2015),

Oliveira e colaboradores (2017) e Dias colaboradores (2019). Três artigos apresentaram o programa Mais Médicos como forma de diminuir a desigualdade social em saúde, sendo estes: Santos, Costa, Girard (2015), Nogueira e outros autores (2016) e Oliveira colaboradores (2017). Dois apresentam a distribuição de profissionais da área de saúde como um fator de influência na desigualdade social em saúde: Nogueira e outros autores (2016) e Oliveira colaboradores (2017). Além disso, 72,72% dos artigos abordam o tema desigualdade social em saúde: Zanfolin e outros autores (2015), Santos, Costa, Girard (2015), Nogueira e outros autores (2016), Oliveira colaboradores (2017), Souza e colaboradores (2017), Viana, Silva, (2017), Viacava e colaboradores (2019) e Gallardo (2019). Por último, 18,18% destes trazem o foco da humanização: Moreira e outros autores (2015) e Zanfolin e outros autores (2015).

Quatro foram estudos de campo: Santos; Costa; Girard (2015), Zanfolin e outros autores (2015), Nogueira e outros autores (2016) e Souza colaboradores (2017). Dois foram estudos de caso: Oliveira colaboradores (2017) e Dias colaboradores (2019). Cinco foram revisões de literatura: Moreira colaboradores (2015), Viana; Silva, (2017), Silva e outros autores (2018) Viacava e colaboradores (2019) e Gallardo (2019).

Diante dos resultados apresentados constatou-se que a desigualdade em saúde, principalmente analisando-se a região Nordeste, por meio de Silva (2018), apresenta-se como toda e qualquer diferença existente entre subgrupos no que se refere a economia, escolaridade, etnia e moradia, por exemplo. São dois os padrões bastante comuns destas desigualdades em países como o Brasil, o *bottom* e *top inequality*. O padrão *bottom inequality*, ou exclusão marginal, é em síntese, quando a cobertura em saúde cobre a população, mas não atua efetivamente em um grupo menos privilegiado, ou seja, pode existir a oferta dos serviços de saúde, mas a cobertura em termos de eficiência é baixa.

Já o padrão *top inequality*, ou privação generalizada, consiste em uma determinada intervenção que supostamente deveria abrigar toda a população, mas acaba sendo aplicada em maior proporção para aqueles com maior nível econômico. Tal fato impactará diretamente no desenvolver dos aspectos de saúde da população acometida, podendo ser observado de acordo com a análise de Viacava (2019) no que diz respeito da prevalência da hipertensão e diabetes na Região Nordeste como um todo, sendo levantada a hipótese de que a expansão dos serviços de atenção básica é o mecanismo de atuação capaz de diminuir estas taxas a curto prazo na Região, também como mostram os estudos de Santos (2015), Nogueira (2016), Oliveira (2017) e Silva (2018).

A autora Santos (2015) sabendo da existência dessa desigualdade, principalmente a do tipo *bottom inequality* no Nordeste, apresentou o programa “Mais Médicos” como mecanismo para mitigar estas mazelas. Esse programa consiste, em suma, numa melhor distribuição de profissionais em áreas de pouca disponibilidade médica, com uma análise dos determinantes sociais daquela da região a ser implantada. Ou seja, parte do princípio da necessidade de afirmação das próprias diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade e integralidade.

Entretanto, a autora apresenta evidências de desigualdades entre os habitantes das regiões brasileiras a respeito ao acesso e a cuidados médicos, assim como os estu-

dos de Oliveira (2017) e Viacava (2019), pois o Programa versa sobre a falta destes profissionais a curto e médio prazo o que ainda não contempla o direito universal à saúde.

Nogueira (2016) compactua com a discussão de Santos (2015) ao apresentar a distribuição do Programa Mais Médicos na região Nordeste, sendo um diferencial na sua discussão o destaque da numerologia desta distribuição.

O Estado que mais recebeu médicos no NE foi a Bahia (28%), seguido do Ceará (20%), Pernambuco e Maranhão (14%, cada), Piauí (7%), Paraíba e o Rio Grande do Norte (5%). Os que menos receberam médicos foram Alagoas e Sergipe: com 4% e 3%, respectivamente. Seis capitais receberam mais profissionais em relação aos demais municípios do estado (Salvador 6%, Fortaleza 13%, Recife 5%, São Luiz 3%, João Pessoa 8% e Natal 12%). (NOGUEIRA *et al.*, 2016, p. 4).

Uma outra interpretação que pode ser feita, partindo desta análise de Nogueira (2016) refere-se ao perfil histórico de extrema pobreza da região, o que demanda a necessidade de mais contratações, pois as já feitas não foram suficientes para mitigar este referente perfil. A carência de médicos, segundo o autor, não se restringe apenas aos municípios menos desenvolvidos, o que implica nos baixos índices de distribuição num aspecto geral da região. Nesse contexto, há uma convergência de discussão entre Nogueira (2016), Oliveira (2017) e Viacava (2019) porque apesar de Viacava (2019) não se referir aos programas públicos de saúde como os outros dois, este também apresenta dados em que a região Norte e Nordeste são acometidas com os piores índices de saúde, mesmo que estas regiões recebam a maior cobertura destes programas.

O autor Dias (2019), partindo de uma outra abordagem, traz a necessidade de se manter um estudo de indicadores para avaliar estas desigualdades em saúde de modo a diminuí-las. Pois, ao se referir à Política Nacional de Promoção a Saúde, o autor destaca que mesmo existindo ações específicas da política, a prática destas ainda é tida como insuficiente, o que em síntese, é apresentado pelos demais autores: Santos (2015), Nogueira (2016), Oliveira (2017), Silva (2018) e Viacava (2019), implicando afirmar que poucos são os estudos para gerenciar estes indicadores, podendo acometer com a perpetuação do problema devido à falta de avaliação dos indicadores destes.

Já Sousa (2017), traz a relação destas desigualdades sobre a perspectiva da comunidade que está vulnerável as mesmas. O interessante de se discutir é a comprovação da negligência política, já que implica em uma condição de disparidade social e de saúde. Os moradores da comunidade do Dendê situada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza, Ceará, sinalizam a importância e efetividade das ações sociais como agentes de mudança destas realidades, apontando-se principalmente a equidade com que são feitas, comprovando-se então, um dos princípios do SUS e sua realização dentro das práticas de saúde.

Esta relação da política com a insuficiência das práticas médicas, por exemplo, também é apresentada por Viana e Silva (2017), permitindo a reflexão de que num ce-

nário de negligência governamental, as práticas humanitárias seriam a melhor abordagem a curto prazo, por uma visão da comunidade em questão.

Observa-se que esta, partindo da análise das práticas humanitárias dentro da área de saúde, representada principalmente pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), pode ser um fator chave para diminuição das desigualdades em saúde se feitas de modo efetivo. A PNH para seus formuladores, não se restringe a ações humanitárias, nem é feita por seres humanos dotados de uma bondade supra-humana. A nova humanização é um resultado de práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde, levando-se em conta a integração da equipe adicionado a uma troca de saberes, incluindo os usuários e os profissionais.

Pois, segundo o autor Moreira (2015), deve servir como estratégia de mobilização social e aplicada, principalmente, por estes profissionais de saúde no Humaniza-SUS. Um fator bem sinalizado pelo autor em questão, é a eficiência da integração de múltiplas áreas de profissionais na tentativa de oferecer um serviço biopsicossocial, ou seja, uma análise do indivíduo como um todo, como exemplo de psicólogos e até mesmo a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentada por Oliveira (2017) como a intervenção que mais expandiu a cobertura de médicos, garantindo um melhor acesso as ações de saúde. É discutida também, a necessidade constante em investimentos públicos para formação e gestão institucional.

O que pode ser comprovado sobre as práticas humanitárias no âmbito da saúde dos usuários do SUS, por meio da análise das discussões de Zanfolin (2015) é que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados transformadores de sua comunidade e na consolidação de políticas públicas de saúde, em prol de um meio com mais acesso aos serviços. Portanto, os relatos do autor de superficialidade das práticas humanitárias compactuam com o restante da discussão ao enfatizar a importância destes cuidados humanitários para afirmação dos princípios do SUS, denotando-se, por conseguinte, a eficiência destes. Para Gallardo (2019), a intersetorialidade e engajamento público são essenciais para resolução da problemática acerca das desigualdades em saúde: a implementação, gestão e fiscalização das políticas tornam-se indispensáveis para análise de tal cenário.

5 CONCLUSÃO

Portanto, diante da discussão acerca dos artigos selecionados, pode-se concluir, que apesar da Região Nordeste possuir os maiores índices de cobertura dos programas de saúde pública como “Mais Médicos” e as equipes de Estratégia de Saúde da Família, ela ainda não apresenta índices satisfatórios no que se refere a atenção básica de saúde, caracterizando-se assim, como uma desigualdade em saúde.

Entretanto, pode ser feita a análise de que a utilização das práticas humanitárias de modo efetivo, compreendendo a prática da PNH e da intersetorialidade juntamente com a participação social e política, são capazes de intervir positivamente na diminuição a curto e longo prazo das desigualdades em saúde, o que sintetiza a necessidade de uma formação humanitária dos profissionais em saúde e a implementação de índices de

acompanhamento destas práticas, na busca de um ambiente igualitário para as práticas de saúde. Sendo também importante, pesquisas e estudos de campo de modo a mensurar continuamente a eficiência dessas práticas humanitárias na Região do Nordeste.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>

COELHO Heckert; PASSOS, Ana Lúcia; BARROS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446002.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política nacional de promoção da saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>

FERREIRA, Laura Ribeiro; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>

GALLARDO, Maria Del Pilar Serrano. Intersectorality, keytoaddress Social Health Inequalities. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3124, 29 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3124>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Condições de vida, desigualdade e pobreza**, 2014. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza.html>. Acesso em: 11 mar. 2020.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles *et al.* Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>

OMS – Organização Mundial da Saúde. **O conceito de saúde**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acesso em: 11 mar. 2020.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Mais Medicos Program: na effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>

SILVA, Inácio Croche more Mohnsam da *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, p. e000100017, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>

SOUZA, Izautina Vasconcelos de; BRASIL, Christina César Praça; SILVA, Raimunda Magalhães da; VASCONCELOS, Dayse Paixão; SILVA, Kellyanne Abreu; BEZERRA, Ilana Nogueira; FINAN, TimotyJ. Participatory diagnosis to identify health problems in a socially vulnerable community. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3945-3954, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25012017>

VIACAVA Francisco; PORTO, Silvia Marta; CARVALHO, Carolina de Campos; BELLIDO, Jaime Gregório. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>

VIANA, Ana Luiza D` ; SILVA, Hudson Pacífico da. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. **Planej. polít. Públicas**, n. 49, p. 85-107, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700002>

ZANFOLIM, Leila Cristiane *et al.* Comprehension of community healthcare agents on the National Humanization Policy. **Rev. GaúchaEnferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 36-41, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.45626>.

Data do recebimento: 7 de Fevereiro de 2023

Data da avaliação: 10 de Maio 2023

Data de aceite: 10 de Maio de 2023

1 Acadêmica do Curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: amanda.cravo@souunit.com.br

2 Acadêmica do Curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: ana.aquino00@souunit.com.br

3 Acadêmica do Curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: beatriz.valiante@souunit.com.br

4 Professor Titular II do Curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: andre.fermoseli@souunit.com.br

5 Professor Titular do Curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: jaimsimoes@souunit.com.br