

Geovani Cleyson dos Santos
Jéssica de Aquino Pereira

Organizadores

Editora
UNIVÁS

Cuidar com Equidade

Contribuições da Enfermagem
para o **SUS**



CURSO DE
Enfermagem

UNIVÁS
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

CUIDAR COM EQUIDADE
Contribuições da Enfermagem para o SUS

Revisão: Prof. Ms. Geovani Cleyson dos Santos

Profa. Dra. Jéssica de Aquino Pereira

Diagramação: Geovani Cleyson dos Santos - Elaborado por IA ChatGPT

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas dos respectivos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Santos, Geovani Cleyson dos (Org.).

Cuidar com equidade: contribuições da enfermagem para o SUS / Organização de Geovani Cleyson dos Santos, Jéssica de Aquino Pereira – Pouso Alegre: Univás, 2026.

56f.

Vários autores

ISBN: 978-65-85924-50-4

1. Cuidado. 2. Equidade. 3. Enfermagem. 4. SUS. 5. Saúde. I. Título.

CDD – 610.734

Bibliotecária responsável: Michelle Ferreira Corrêa: CRB/6-3538

Prefácio

Geovani Cleyson dos Santos

Esta obra nasce da articulação entre ensino, extensão universitária e compromisso social. Seu desenvolvimento ocorreu no contexto da disciplina Curricularização da Extensão IV do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), durante o ano de 2026, como resultado de um processo formativo que buscou aproximar a produção acadêmica das necessidades concretas da população e dos desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde.

Mais do que uma atividade curricular, a construção deste livro representou uma oportunidade de formação crítica, permitindo que os estudantes aprofundassem discussões sobre justiça social, direitos humanos, determinantes sociais da saúde e políticas públicas voltadas à promoção da equidade. Ao longo desse percurso, os discentes foram convidados a refletir sobre as múltiplas formas pelas quais as desigualdades sociais se expressam nos territórios e impactam a vida, a saúde e o acesso aos serviços por diferentes grupos populacionais.

A escolha da temática não ocorreu de forma aleatória. A equidade em saúde constitui um campo de atuação, estudo e compromisso permanente deste organizador, tanto na docência quanto na gestão pública. Como enfermeiro, pesquisador e referência técnica municipal para as políticas de equidade em saúde no município de Natércia, Minas Gerais, a vivência cotidiana junto aos serviços, às comunidades e aos espaços de formulação de políticas públicas permitiu compreender que as iniquidades em saúde permanecem como um dos maiores desafios para a consolidação dos princípios do SUS.

Ao longo dos últimos anos, a participação em seminários, simpósios, conferências e espaços de debate realizados em municípios do Sul de Minas Gerais, em diferentes regiões do estado de Minas Gerais e em eventos voltados à saúde coletiva fortaleceu a convicção de que a equidade deve ocupar posição central na formação dos profissionais de saúde. Compreender as necessidades específicas da população negra, dos povos e comunidades tradicionais, das pessoas LGBTQIA+, das populações do campo, da floresta e das águas, e outros grupos historicamente

vulnerabilizados é condição indispensável para a construção de práticas de cuidado mais humanas, inclusivas e resolutivas.

Nesse sentido, este livro foi concebido não apenas como uma produção acadêmica estudantil, mas como um instrumento de apoio para estudantes, docentes, pesquisadores, gestores e profissionais do SUS. Os capítulos que compõem esta obra oferecem fundamentos teóricos, reflexões críticas e subsídios conceituais capazes de orientar o planejamento, a implementação e a avaliação de ações voltadas à promoção da equidade em saúde nos diferentes níveis de atenção e gestão.

Ao reunir conhecimento científico, experiência extensionista e compromisso social, esta publicação reafirma o papel transformador da universidade e da enfermagem na construção de uma sociedade mais justa. Espera-se que as reflexões aqui apresentadas contribuam para fortalecer práticas profissionais comprometidas com a redução das iniquidades, a valorização da diversidade humana e a defesa incondicional do direito à saúde para todas as pessoas.

Sumário

7 INTRODUÇÃO

Autor: Geovani Cleyson dos Santos

9 CAPÍTULO I. Fundamentos da Equidade no Sistema Único de Saúde

Autores: Ana Luiza Angélico Machado; Pedro Henrique Aparecido de Oliveira Silva; Rita Aparecida Maia Ribeiro; Yasmin Aurora Ribeiro Lemos e Geovani Cleyson dos Santos.

24 CAPÍTULO II. Determinantes Sociais e Produção das Iniquidades

Autores: Ana Cecília de Oliveira Franco; Larissa Costa Moraes; Maria Eduarda Matos Machado; Victoria Marciano da Silva de Assis e Geovani Cleyson dos Santos

28 CAPÍTULO III. Interseccionalidade e Vulnerabilidade em Saúde

Autores: Ana Laura Vieira Santos; César Augusto Fraga Sobreiro; Fernanda Alves da Silva; João Pedro dos Santos; Maria Eduarda de Almeida Grandi; Raissa Emauelle da Silva e Geovani Cleyson dos Santos

32 CAPÍTULO IV. Políticas de Equidade na Atenção Primária à Saúde

Autores: Jade Alves da Silva; Maria Eduarda Salles de Melo; Samyra Feliciano Camargo; Wellington Nunes Santos e Geovani Cleyson dos Santos

36 CAPÍTULO V. Compreendendo a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT+

Autores: Anna Luiza Silva Fileni; Cleonice Fernandes Ferriera Peixoto; Leidiane Aparecida Costa dos Santos; Leticia Camilo Gonçalves; Maria Fernanda Ribeiro Souza; Valesca Emboaba Pereira e Geovani Cleyson dos Santos

Sumário

40 CAPÍTULO VI. Racismo estrutural e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Autores: Any Isabela Sousa Costa; Edmary Gabriela Domingues Almeida; Gabriella Franciny Salomon Cardoso; Maria Eduarda Ferrão e Geovani Cleyson dos Santos

44 CAPÍTULO VII. Equidade no Acesso à Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Autores: César Augusto Pereira de Andrade; Guilber Ian da Silva; Gustavo Pereira Gonçalves; Harumy Elvira Malca Ferreira da Silva; Tânia Leite de Vitor Peruchi; Kailayne Alexandra Almeida Pereira e Geovani Cleyson dos Santos

48 CAPÍTULO VIII. Gestão, Participação Social e Monitoramento das Políticas de Equidade em Saúde

Autores: Amanda Eduarda Paiva de Souza; Ana Cecilia Rodrigues da Silva; Sanmer Kauai Oliveira Silva e Geovani Cleyson dos Santos

Introdução

Geovani Cleyson dos Santos

Falar de equidade em saúde é, antes de tudo, falar sobre humanidade. É reconhecer que, embora todas as pessoas possuam o mesmo valor e a mesma dignidade, nem todas vivem sob as mesmas condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que favorecem uma vida saudável. Em um mundo marcado por profundas desigualdades, a saúde revela-se como um dos mais sensíveis indicadores das injustiças presentes na sociedade. Os lugares onde as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem influenciam diretamente suas oportunidades de acesso a direitos, recursos e cuidados, determinando, muitas vezes, quem terá mais chances de viver com qualidade e quem enfrentará maiores obstáculos ao longo da vida.

A equidade em saúde emerge, nesse contexto, como um compromisso ético, político e social voltado à superação dessas desigualdades injustas e evitáveis. Mais do que um princípio orientador dos sistemas de saúde, ela representa uma visão de sociedade fundamentada na justiça social, nos direitos humanos e na valorização da diversidade humana. Em sua essência, a equidade convida gestores, profissionais, pesquisadores, estudantes e cidadãos a reconhecerem que a promoção da saúde exige mais do que a oferta universal de serviços; exige a capacidade de compreender diferenças, identificar vulnerabilidades e construir respostas que considerem as necessidades específicas de indivíduos e coletividades.

Nas últimas décadas, importantes avanços foram alcançados na ampliação do acesso à saúde em diversos países, especialmente no Brasil, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto das lutas sociais e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, fundamentando-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, apesar dos avanços institucionais e normativos, persistem desafios significativos relacionados às desigualdades sociais que atravessam os territórios, as identidades e as experiências de vida da população.

As iniquidades em saúde manifestam-se de diferentes formas. Elas podem ser observadas nas desigualdades de acesso aos serviços, na distribuição dos recursos, na exposição diferenciada a fatores de risco, nas condições de

moradia, trabalho, renda, educação e saneamento, bem como nos distintos resultados alcançados por diferentes grupos populacionais. Pessoas negras, povos indígenas, comunidades quilombolas, populações do campo, da floresta e das águas, pessoas LGBTQIA+, indivíduos em situação de rua, migrantes e tantos outros grupos historicamente vulnerabilizados frequentemente enfrentam barreiras adicionais para exercer plenamente seu direito à saúde.

Nesse cenário, torna-se fundamental compreender a diferença entre igualdade e equidade. Embora frequentemente utilizadas como sinônimos, essas expressões representam conceitos distintos. A igualdade pressupõe oferecer a todos as mesmas oportunidades e recursos. A equidade, por sua vez, reconhece que diferentes pessoas partem de condições desiguais e, portanto, necessitam de respostas diferenciadas para alcançar oportunidades semelhantes. Em saúde, isso significa direcionar maior atenção, investimentos e estratégias para aqueles que enfrentam maiores vulnerabilidades, buscando reduzir injustiças historicamente produzidas e reproduzidas pelas estruturas sociais.

A saúde não é produzida apenas nos serviços de saúde. Ela é construída diariamente nos espaços onde as pessoas vivem suas experiências, estabelecem relações sociais e desenvolvem seus projetos de vida. Questões relacionadas à renda, escolaridade, raça, gênero, território, acesso à cultura, alimentação, transporte e proteção social influenciam profundamente as condições de saúde das populações. Dessa forma, enfrentar as iniquidades requer ações intersetoriais capazes de atuar sobre as causas estruturais das desigualdades, fortalecendo políticas públicas comprometidas com a promoção da justiça social.

Ao mesmo tempo, os desafios contemporâneos exigem profissionais capazes de compreender a complexidade desses fenômenos e atuar de maneira crítica, ética e comprometida com a transformação da realidade. Nesse sentido, a formação acadêmica assume papel estratégico na construção de sistemas de saúde mais inclusivos, democráticos e sensíveis às necessidades da população. A universidade, especialmente nas áreas da saúde, não deve limitar-se à transmissão de conhecimentos técnicos. Seu compromisso envolve também a formação de sujeitos capazes de questionar desigualdades, produzir conhecimento socialmente relevante e contribuir para a defesa dos direitos humanos.

CAPÍTULO I

Fundamentos da Equidade no Sistema Único de Saúde

Ana Luiza Angélico Machado

Pedro Henrique Aparecido de Oliveira Silva

Rita Aparecida Maia Ribeiro

Yasmin Aurora Ribeiro Lemos

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco histórico na consolidação do direito à saúde no Brasil. Sua instituição foi resultado de um amplo processo de mobilização social, política e intelectual que ganhou força ao longo das décadas de 1970 e 1980, especialmente no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento defendia a saúde como um direito de todos e dever do Estado, rompendo com o modelo anterior, restrito e vinculado principalmente à contribuição previdenciária. As discussões e proposições construídas nesse período foram fundamentais para a incorporação desse direito na Constituição Federal de 1988, estabelecendo as bases para um sistema público universal de saúde. Um momento decisivo nesse processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu gestores, profissionais, pesquisadores e representantes da sociedade civil para debater e formular diretrizes para a organização de um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Entre esses princípios estruturantes, a equidade ocupa um lugar central na organização e na orientação das políticas públicas de saúde no país. Diferentemente da noção de igualdade, que pressupõe oferecer as mesmas condições e recursos a todos, a equidade parte do reconhecimento de que diferentes indivíduos e grupos sociais vivenciam realidades distintas e, portanto, apresentam necessidades de saúde também diferentes. Essas diferenças são resultado de processos históricos e de desigualdades sociais,

econômicas e culturais que se expressam nas condições de vida e no acesso aos serviços. Assim, promover equidade significa reconhecer essas desigualdades e agir de forma a reduzi-las, direcionando maior atenção, recursos e estratégias específicas para aqueles que se encontram em situações de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, tratar desigualmente os desiguais torna-se uma estratégia fundamental para garantir justiça social e efetividade nas ações de saúde.

A literatura no campo da saúde coletiva destaca que a busca pela equidade em saúde está diretamente relacionada à compreensão e ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Elementos como renda, escolaridade, condições de moradia, inserção no mercado de trabalho, acesso a saneamento básico, transporte e outros serviços públicos influenciam profundamente as condições de vida da população e, conseqüentemente, seus processos de adoecimento e cuidado. Esses fatores estruturam diferentes níveis de exposição a riscos e desigualdades no acesso e na qualidade da atenção em saúde. Dessa forma, as iniquidades em saúde não podem ser compreendidas apenas como resultado de questões biológicas ou individuais, mas como expressões de desigualdades sociais mais amplas que atravessam a sociedade (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2010).

Diante desse cenário, a promoção da equidade no âmbito do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também a construção de estratégias que integrem diferentes setores das políticas públicas. A articulação entre saúde, educação, assistência social, habitação e trabalho torna-se fundamental para enfrentar as raízes estruturais das desigualdades que produzem iniquidades em saúde. Assim, a atuação intersetorial se configura como um elemento indispensável para a efetivação do princípio da equidade, permitindo que as políticas públicas atuem de maneira mais abrangente sobre os fatores que condicionam o bem-estar da população.

Além disso, o princípio da equidade também orienta a formulação e a implementação de políticas específicas voltadas para grupos historicamente marginalizados e vulnerabilizados. Entre esses grupos destacam-se povos indígenas, população negra, pessoas em situação de rua, comunidades tradicionais e pessoas LGBTQIAPN+. Essas populações frequentemente enfrentam múltiplas formas de discriminação, exclusão social e barreiras institucionais que impactam diretamente seus processos de adoecimento e

seu acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a adoção de políticas diferenciadas busca reconhecer essas desigualdades e promover estratégias de cuidado que considerem as especificidades culturais, sociais e históricas desses grupos, contribuindo para a redução das iniquidades e para a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo (BRASIL, 2013).

Conceito de Equidade no SUS

A compreensão da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) exige, primordialmente, a distinção clara entre este conceito e o de igualdade formal. Enquanto a igualdade pressupõe a universalidade do acesso garantindo que todos os cidadãos tenham o mesmo direito abstrato à saúde, a equidade opera no campo da justiça distributiva e da materialidade das necessidades. No contexto do SUS, a equidade é o princípio que orienta o sistema a "tratar desigualmente os desiguais" para que se alcance uma igualdade real de oportunidades e resultados em saúde. Conforme apontam Martins, Ana Luisa Jorge et al. (2024), a equidade não é um fim em si mesma, mas uma ferramenta ética e política para corrigir distorções históricas que privilegiam certos grupos em detrimento de outros.

O conceito fundamenta-se no reconhecimento de que a população brasileira é heterogênea e marcada por abismos socioeconômicos. Oferecer exatamente o mesmo serviço para um indivíduo com plena segurança alimentar e para outro em situação de extrema vulnerabilidade social resultaria, paradoxalmente, na manutenção da desigualdade. Portanto, a equidade no SUS manifesta-se na alocação preferencial de recursos e na formulação de políticas que priorizam aqueles que mais necessitam. A equidade em saúde deve ser vista como a ausência de diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde entre grupos populacionais, o que exige um olhar atento às especificidades regionais, geracionais, de raça, gênero e classe (VILLARDI et al 2015)

Além disso, a equidade está intrinsecamente ligada à integralidade. Para que o cuidado seja de fato equânime, o sistema deve ser capaz de perceber o indivíduo em sua totalidade, compreendendo que suas demandas de saúde são moldadas por seu contexto de vida. Granja, Zoboli e Fracolli (2010) reforçam que o desafio da gestão pública reside em transformar esse conceito abstrato em práticas cotidianas, como a implementação de fluxos

de atendimento que considerem a dificuldade de acesso geográfico ou as barreiras linguísticas e culturais. Assim, a equidade atua como um filtro de justiça social dentro da universalidade: todos têm direito ao sistema, mas o sistema deve oferecer mais a quem menos tem, visando o equilíbrio da balança social (BRASIL, 2013).

Em suma, a equidade no SUS desafia a padronização simplista das ações de saúde. Ela exige que o Estado brasileiro assuma a responsabilidade de identificar as iniquidades, que são desigualdades consideradas injustas, e atue ativamente sobre elas. Trata-se de um compromisso ético com a dignidade humana, onde a saúde deixa de ser apenas a ausência de doença e passa a ser compreendida como o resultado de uma distribuição justa de bens, serviços e direitos fundamentais na sociedade brasileira.

Origem Histórica da Equidade em Saúde no Brasil

A trajetória da equidade como princípio norteador da saúde pública no Brasil está profundamente entrelaçada com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que emergiu na década de 1970 como uma resistência política e intelectual ao modelo excludente da ditadura militar. Antes do SUS, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado e meritocrático: apenas os trabalhadores com carteira assinada, que contribuía para a previdência social, tinham acesso pleno aos serviços de saúde por meio do INAMPS. Para a grande parcela da população informal, desempregada ou rural, restavam as instituições filantrópicas ou a caridade, configurando um cenário de profunda injustiça e iniquidade institucionalizada.

O marco divisor desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Pela primeira vez, a sociedade civil organizada, acadêmicos e trabalhadores do setor debateram a saúde não como uma mercadoria ou um benefício previdenciário, mas como um "direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2014). A equidade surgiu nesse contexto como uma resposta à necessidade de democratizar o acesso, mas também de reconhecer que a dívida social do Estado brasileiro com as populações marginalizadas exigia mais do que uma abertura universal de portas; exigia uma reparação histórica. Esse movimento buscou inverter a lógica de atendimento, colocando as necessidades da população acima da capacidade contributiva (GRANJA, ZOBOLI E FRACOLI, 2010).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, os princípios de universalidade, integralidade e descentralização foram institucionalizados, mas foi o amadurecimento do SUS nas décadas seguintes que consolidou a equidade como uma diretriz operacional. A necessidade de enfrentar as desigualdades regionais como as disparidades entre o Norte/Nordeste e o Sul/Sudeste forçou o sistema a criar mecanismos de transferência de recursos que considerassem critérios de vulnerabilidade e não apenas o número de habitantes. Segundo Silva et al. (2023), a história da equidade no Brasil é a história da luta contra a invisibilidade de grupos específicos que, mesmo após a criação do SUS, continuavam à margem das políticas públicas.

A evolução histórica da equidade também é marcada pela transição do conceito de saúde pública para saúde coletiva. Essa mudança de paradigma permitiu que, a partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde comesse a formular as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, voltadas especificamente para populações em situação de vulnerabilidade, como a população negra, os povos indígenas e a população LGBT.

Portanto, a origem da equidade no Brasil não se limita a um texto legal, mas é fruto de um processo contínuo de mobilização social que entende que a democracia plena só é possível quando o sistema de saúde é capaz de enxergar e acolher as diferenças, transformando o "direito universal" em um "cuidado singular" e justo.

Determinantes Sociais da Saúde e Iniquidades

As desigualdades em saúde constituem um fenômeno complexo que ultrapassa os limites dos serviços de saúde, estando profundamente relacionadas aos determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Esses determinantes referem-se às condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo fundamentais para a compreensão das disparidades observadas nos indicadores de saúde (VILLARDI et al, 2015).

Entre os principais determinantes sociais da saúde, destacam-se fatores como renda, escolaridade, condições de moradia, alimentação adequada, acesso ao saneamento básico, transporte e oportunidades de emprego. Esses elementos exercem influência direta sobre a qualidade de vida da população e sobre sua capacidade de acessar serviços de saúde de forma oportuna e

resolutiva. Quando tais condições são inadequadas ou insuficientes, observa-se um aumento significativo do risco de adoecimento, bem como maior exposição a agravos evitáveis.

No contexto brasileiro, as desigualdades sociais historicamente estruturadas refletem-se de maneira evidente nos padrões de saúde da população. Grupos em situação de vulnerabilidade, como pessoas em condição de pobreza, moradores de áreas periféricas, povos indígenas e a população negra, enfrentam maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde e apresentam piores indicadores sanitários. Essas disparidades evidenciam a persistência de processos sociais excludentes que impactam diretamente o bem-estar e a saúde desses segmentos populacionais.

Tais desigualdades são denominadas iniquidades em saúde, uma vez que representam diferenças injustas, evitáveis e socialmente produzidas. Diferentemente das desigualdades naturais, as iniquidades decorrem de contextos de injustiça social e da distribuição desigual de recursos e oportunidades, exigindo intervenções específicas para sua superação (MARTINS et al., 2024). Nesse sentido, a equidade em saúde emerge como um princípio orientador das políticas públicas, voltado à redução dessas disparidades por meio de ações direcionadas às populações mais vulneráveis.

A busca pela equidade implica reconhecer que diferentes grupos possuem necessidades distintas, demandando respostas diferenciadas por parte do sistema de saúde. Esse entendimento foi consolidado no Brasil a partir da construção do Sistema Único de Saúde, especialmente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Adicionalmente, a literatura aponta que a superação das iniquidades em saúde requer a articulação entre políticas públicas de diferentes setores, uma vez que os determinantes sociais extrapolam o campo da saúde. A integração entre políticas sociais, econômicas e urbanas é essencial para promover melhores condições de vida e reduzir as desigualdades estruturais que afetam a saúde da população (SANTOS et al., 2025).

Por fim, destaca-se que, embora avanços tenham sido alcançados, ainda persistem desafios significativos para a efetivação da equidade no Brasil. A necessidade de fortalecimento das políticas públicas, da gestão em saúde e

da participação social é fundamental para garantir a redução das iniquidades e a promoção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo (GRANJA, ZOBOLI e FRACOLLI, 2013).

Avanços da Equidade no SUS

A estruturação da saúde pública no Brasil, centrada no Sistema Único de Saúde (SUS), reflete um pacto social fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos na Constituição Federal de 1988 como diretrizes para a garantia do direito à saúde. Esse modelo rompeu com práticas excludentes anteriores e instituiu um sistema público orientado para o acesso universal e a justiça social. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidou-se como eixo ordenador do sistema, atuando como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde, com foco na promoção, prevenção e continuidade da assistência. Ao longo das últimas décadas, a PNAB passou por importantes reformulações, especialmente nos anos de 2006, 2011 e 2017, com o objetivo de adaptar a organização das equipes de saúde às diferentes realidades territoriais e epidemiológicas do país. Apesar dessas mudanças, a Estratégia Saúde da Família (ESF) permaneceu como modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o vínculo entre equipes e comunidade, além de ampliar o acesso aos serviços em áreas vulneráveis e periféricas (VILFORT, 2025).

Nesse sentido, destaca-se o programa Brasil Saudável, que tem como meta eliminar, até 2030, doenças determinadas socialmente, como tuberculose, malária e HIV/Aids, além da transmissão vertical de infecções. Essa iniciativa evidencia a necessidade de atuação intersetorial e integrada, articulando políticas públicas de saúde com ações em educação, saneamento e assistência social.

O enfrentamento dessas doenças está diretamente relacionado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que incluem condições de moradia, renda, escolaridade, trabalho e acesso a serviços essenciais. A literatura aponta que a compreensão desses determinantes é fundamental para a formulação de políticas eficazes, capazes de reduzir desigualdades e promover melhores condições de vida.

Um dos principais desafios para a promoção da equidade no SUS é a

invisibilidade de povos e comunidades tradicionais nos sistemas de informação em saúde. Apesar do reconhecimento oficial de 28 grupos no Brasil, como ribeirinhos, ciganos e extrativistas, muitos ainda carecem de dados específicos que permitam o planejamento adequado de políticas públicas (BRASIL, 2025).

O Censo Demográfico de 2022 representou um avanço importante ao identificar aproximadamente 1,7 milhão de indígenas e 1,3 milhão de quilombolas, contribuindo para uma melhor compreensão da diversidade populacional brasileira. No entanto, a ausência de dados detalhados ainda limita o monitoramento epidemiológico e dificulta a implementação de estratégias de cuidado culturalmente adequadas, além de comprometer o exercício do controle social por essas populações (BRASIL, 2025).

A transformação digital tem se consolidado como uma estratégia fundamental para ampliar o acesso aos serviços de saúde e reduzir desigualdades regionais, especialmente em áreas com vazios assistenciais. A telessaúde, nesse contexto, surge como ferramenta importante para garantir suporte clínico, diagnóstico e acompanhamento à distância (IAHNKE, 2025).

A institucionalização da estratégia digital ocorreu por meio da Portaria nº 3.691/2024, que criou a “Ação Estratégia SUS Digital”, com o objetivo de integrar tecnologias ao sistema de saúde. No entanto, persistem desafios importantes, como a desigualdade no acesso à internet, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, e os riscos associados ao uso de inteligência artificial, como a reprodução de vieses e injustiças algorítmicas baseadas em dados historicamente desiguais (IAHNKE, 2025).

O financiamento do SUS permanece como um dos principais entraves para a consolidação da equidade, caracterizando-se por um subfinanciamento crônico. Atualmente, o Brasil investe cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde pública, valor inferior à recomendação internacional de pelo menos 6% para sistemas universais (SOUZA et al., 2020).

Além disso, observa-se uma progressiva descentralização dos encargos financeiros, com maior responsabilidade atribuída a estados e municípios, o que pode acentuar desigualdades regionais. Para garantir transparência e monitoramento dos recursos, o Sistema de Informações sobre Orçamentos

Públicos em Saúde (SIOPS) desempenha papel fundamental na fiscalização do cumprimento dos mínimos constitucionais (SOUZA et al., 2020).

Em 2024, a Portaria nº 3.493 instituiu uma nova metodologia de cofinanciamento federal, baseada em componentes fixos e incentivos vinculados ao desempenho e à qualidade dos serviços, buscando melhorar a eficiência e a equidade na alocação de recursos (VILFORT, 2025).

A governança interfederativa é essencial para garantir a integração das ações e serviços de saúde no SUS, reduzindo a fragmentação do cuidado e promovendo maior eficiência na gestão. Nesse contexto, iniciativas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) têm buscado fortalecer a regulação do acesso aos serviços especializados, por meio da implementação da nova Política Nacional de Regulação, atualizada pela Portaria nº 9.262/2025 (CONASS, 2026).

Paralelamente, o fortalecimento das equipes multiprofissionais (eMulti), regulamentadas pela Portaria nº 635/2023, representa um avanço significativo na organização da Atenção Primária. Essas equipes ampliam a capacidade resolutiva dos serviços ao incorporar diferentes saberes profissionais, promovendo uma abordagem integral, territorializada e centrada nas necessidades da população. Além disso, a integração com ferramentas digitais potencializa o cuidado, desde que utilizada de forma ética, crítica e humanizada (IAHNKE, 2025).

Limitações e Desafios Atuais

Apesar dos avanços na consolidação da equidade como princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), sua efetivação ainda enfrenta importantes limitações conceituais e operacionais. A equidade é um conceito polissêmico, ou seja, possui múltiplas interpretações entre gestores e profissionais, o que dificulta sua aplicação prática na tomada de decisões e na alocação de recursos em saúde (BARROS; SOUZA, 2016).

Outro desafio relevante está na dificuldade de materializar a equidade nas práticas cotidianas do sistema. Embora seja reconhecida como um princípio fundamental, sua operacionalização ainda é limitada, exigindo maior capacitação dos profissionais, desenvolvimento de ferramentas de gestão e incorporação do tema na formação em saúde. Iniciativas recentes do Ministério da Saúde evidenciam justamente essa lacuna ao propor materiais

e programas voltados à implementação concreta da equidade nos serviços (BRASIL, 2025).

Além disso, persistem desigualdades estruturais relacionadas aos determinantes sociais da saúde, como renda, educação, moradia e acesso a serviços básicos, que impactam diretamente os resultados em saúde. O próprio Ministério da Saúde reconhece que a equidade depende do enfrentamento dessas condições, que extrapolam o setor saúde e exigem ações intersetoriais amplas, o que representa um grande desafio para a gestão pública (BRASIL, 2025).

A implementação de políticas voltadas a populações específicas também enfrenta obstáculos importantes, como o racismo estrutural, a exclusão social e as barreiras de acesso aos serviços. Estudos apontam que, mesmo com políticas direcionadas, ainda há dificuldades na redução efetiva das desigualdades, evidenciando a necessidade de ações mais integradas e estruturais para garantir a equidade no SUS.

Outro ponto crítico refere-se à limitação na participação social e na inclusão de diferentes grupos no processo de formulação e controle das políticas públicas. Materiais do Ministério da Saúde destacam que, embora existam avanços, ainda é necessário ampliar a participação de comunidades vulneráveis para garantir que suas necessidades sejam efetivamente contempladas nas ações do sistema (BRASIL, 2025).

Dessa forma, os desafios atuais da equidade no SUS envolvem não apenas questões técnicas e organizacionais, mas também fatores sociais, políticos e econômicos. A superação dessas limitações exige o fortalecimento da gestão, a qualificação dos profissionais, a ampliação da participação social e a articulação intersetorial, de modo a garantir que o princípio da equidade seja efetivamente traduzido em práticas concretas no sistema de saúde.

Políticas Públicas para Promoção da Equidade no Sistema Único de Saúde

A promoção da equidade constitui um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo diretamente relacionada à necessidade de reduzir desigualdades sociais historicamente construídas no Brasil. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a equidade passou a ser reconhecida como princípio estruturante das políticas públicas de saúde, orientando a formulação de estratégias voltadas à garantia de acesso justo e

universal aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Nesse contexto, diversas políticas públicas foram desenvolvidas com o objetivo de fortalecer a equidade no SUS, reconhecendo a existência de grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade social e sanitária. Tais políticas buscam organizar respostas específicas, considerando determinantes sociais da saúde como raça, etnia, orientação sexual, território e condições socioeconômicas (SILVA et al., 2023).

Entre as principais iniciativas, destacam-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+. Essas políticas representam avanços importantes na tentativa de corrigir iniquidades históricas, promovendo o reconhecimento das especificidades culturais, sociais e epidemiológicas desses grupos (BRASIL, 2017). Além disso, contribuem para a construção de práticas mais inclusivas e sensíveis às diversidades no âmbito do cuidado em saúde.

Paralelamente às políticas específicas, programas sociais de caráter intersetorial também desempenham papel relevante na promoção da equidade em saúde. Iniciativas voltadas à transferência de renda, inclusão social e melhoria das condições de vida impactam diretamente os determinantes sociais da saúde, reduzindo vulnerabilidades e ampliando o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2023). Dessa forma, a equidade em saúde não se limita ao setor sanitário, mas envolve a articulação com políticas públicas mais amplas.

Outro aspecto fundamental para a consolidação da equidade no SUS é a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes integram diferentes níveis de atenção, incluindo a atenção primária, a atenção especializada, os serviços hospitalares e a vigilância em saúde, promovendo maior coordenação e continuidade do cuidado (BRASIL, 2014). A integração entre esses níveis permite respostas mais eficazes às necessidades da população, especialmente para aqueles em maior situação de vulnerabilidade.

A estruturação das redes contribui para superar a fragmentação do cuidado, ampliando a capacidade resolutiva do sistema e garantindo maior acesso e qualidade na assistência prestada. Ademais, favorece a identificação das necessidades em saúde de forma mais abrangente, alinhando-se ao princípio da equidade ao priorizar grupos com necessidades (GRANJA;

ZOBOLI; FRACOLLI, 2013).

Por fim, destaca-se que, apesar dos avanços, a implementação efetiva das políticas de equidade ainda enfrenta desafios significativos, como limitações de financiamento, desigualdades regionais e dificuldades na operacionalização das ações no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, é fundamental o fortalecimento da gestão, da participação social e da formação dos profissionais de saúde para garantir a efetivação desses princípios.

Perspectivas Futuras da Equidade em Saúde

A consolidação da equidade em saúde no Brasil demanda um compromisso contínuo com os princípios da justiça social, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua concepção, fundamentada nas diretrizes estabelecidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a equidade tem sido reconhecida como elemento essencial para a redução das desigualdades em saúde e para a garantia do direito universal à saúde. No entanto, sua efetivação exige esforços permanentes e estratégias articuladas que considerem as múltiplas dimensões das iniquidades sociais.

Entre as principais perspectivas futuras para o fortalecimento da equidade, destaca-se a necessidade de ampliação e sustentabilidade do financiamento público em saúde. A insuficiência de recursos compromete a capacidade do sistema em atender de forma equânime às demandas da população, especialmente dos grupos mais vulneráveis (TRAVASSOS, 1997). Assim, o investimento adequado no SUS é condição indispensável para garantir acesso universal, integral e de qualidade aos serviços de saúde.

Outro eixo fundamental refere-se ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada do sistema e elemento estruturante das Redes de Atenção à Saúde. A APS desempenha papel estratégico na promoção da equidade ao possibilitar maior proximidade com os territórios e melhor compreensão das necessidades locais, favorecendo intervenções mais resolutivas e inclusivas (SANTOS et al., 2025).

A qualificação dos profissionais de saúde também se apresenta como um desafio relevante. A formação deve estar orientada para o reconhecimento das desigualdades sociais e para o desenvolvimento de práticas sensíveis às

diversidades culturais, sociais e econômicas. Nesse sentido, a educação permanente em saúde configura-se como ferramenta essencial para a consolidação de práticas equitativas no cotidiano dos serviços (MACHIN et al., 2022).

Além disso, a ampliação da integração intersetorial é apontada como um caminho indispensável para a promoção da equidade. A saúde é influenciada por determinantes sociais que extrapolam o setor sanitário, como educação, renda, habitação e saneamento. Dessa forma, políticas públicas articuladas entre diferentes áreas são fundamentais para enfrentar as causas estruturais das desigualdades.

A pandemia de COVID-19 evidenciou de forma contundente as desigualdades já existentes na sociedade brasileira, demonstrando que populações em situação de vulnerabilidade social sofrem impactos desproporcionais em contextos de crise sanitária. Fatores como condições precárias de moradia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e inserção em trabalhos informais contribuíram para agravar os efeitos da pandemia nesses grupos.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a equidade deve ser compreendida como uma prática permanente no âmbito das políticas públicas de saúde, e não como uma ação pontual. Promover equidade vai além da garantia de acesso aos serviços, implicando na transformação das condições de vida da população e na redução das desigualdades históricas que impactam o processo saúde-doença.

Por fim, destaca-se que o SUS permanece como o principal instrumento para a construção da equidade em saúde no Brasil. Sua consolidação depende do fortalecimento de seus princípios e diretrizes, bem como do engajamento político, social e institucional para enfrentar os desafios contemporâneos. Nesse sentido, a equidade deve continuar sendo orientadora das ações em saúde, garantindo que aqueles que mais necessitam recebam maior atenção e cuidado (CARVALHO et al., 2020).

REFERÊNCIAS

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9–18, jan./mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 13 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana, Quilombolas, Ribeirinhos e demais populações em situação de vulnerabilidade: estratégias para promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 13 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Equidade no SUS: guia para implementação das políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Programa Brasil Saudável: união de políticas públicas para eliminar doenças socialmente determinadas até 2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/brasil-saudavel>. Acesso em: 13 jun. 2026.

CARVALHO, Ana Maria de Paula; SILVA, Gisele Alves da; RABELLO, Eliane Tatsch. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 590–598, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Regulação do acesso e organização das redes de atenção à saúde: contribuições para a implementação da Política Nacional de Regulação. Brasília, DF: CONASS, 2026.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 34, n. 1, p. 72–86, jan./mar. 2010.

IAHNKE, L. M. Saúde digital na Atenção Primária à Saúde: avanços, desafios e perspectivas a partir de uma revisão integrativa da literatura. SciELO Preprints, 2025. Preprint. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.13634>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/13634>. Acesso em: 13 jun. 2026.

MACHIN, Rosana; PAULINO, Daniela Barbosa; PONTES, João Carlos de; RODRIGUES, Rafael Rodrigues Nogueira. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.07332022>.

MARTINS, Ana Luisa Jorge et al. A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. especial 1, e8828, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18828P>.

SANTOS, A. N. S. dos; SILVA, A. G. da; DUTRA, L. da C.; SILVA, L. R. da; NETO, F. M. de O.; BARDAL, P. A. P.; CARDOSO, V. F. et al. Saúde coletiva e equidade: desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, [S. l.], v. 23, n. 2, e8946, 2025. DOI: 10.55905/oelv23n2-041. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8946>. Acesso em: 13 jun. 2026.

SILVA, J. S. et al. Equidade e políticas públicas no Sistema Único de Saúde: desafios contemporâneos para a redução das desigualdades em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rqhnQpZcm7VNYRB4mDbbxPv/>. Acesso em: 11 mar. 2026.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300313, 2020.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.

VILFORT, Juliamène. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): uma análise da literatura sobre avanços e desafios no Brasil no período de 2020 até 2024. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva – Sanitarista) – Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2025. Disponível em: Repositório Institucional da UNILA. Acesso em: 13 jun. 2026.

VILLARDI, Juliana Wotzasek Rulli et al. Planejamento de recursos humanos de saúde e ambiente: aspectos históricos, teóricos e reflexões para políticas públicas em vigilância em saúde ambiental no Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 105-120, 2015.

CAPÍTULO II

Determinantes Sociais e Produção das Iniquidades

Ana Cecília de Oliveira Franco

Larissa Costa Moraes

Maria Eduarda Matos Machado

Victoria Marciano da Silva de Assis

Os determinantes sociais da saúde constituem um conjunto de fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais e políticos que influenciam diretamente as condições de vida e o processo saúde-doença das populações. Nesse sentido, a produção das iniquidades em saúde não ocorre de forma aleatória, mas resulta de desigualdades estruturais historicamente construídas, que afetam de maneira desigual diferentes grupos sociais.

Diversos estudos evidenciam que condições socioeconômicas desfavoráveis estão fortemente associadas a piores desfechos em saúde. A vulnerabilidade de grupos com baixa escolaridade, inserção precária no mercado de trabalho e pertencentes a populações negras e pardas demonstra como as desigualdades sociais se materializam em agravos à saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas que promovam equidade, como programas de transferência de renda e acesso à alimentação adequada (LIMA et al., 2025; FERREIRA et al., 2025). Além disso, o racismo estrutural atua como um determinante importante, influenciando a organização e a oferta do cuidado em saúde e comprometendo a efetividade das ações no sistema público (CARVALHO, 2025).

As iniquidades também se expressam nas diferenças de acesso e qualidade dos serviços de saúde. Estudos apontam que disparidades na infraestrutura e na organização dos serviços impactam diretamente indicadores como a mortalidade infantil, evidenciando que populações em contextos mais vulneráveis enfrentam maiores riscos (BARROS JÚNIOR et al., 2025).

Da mesma forma, dificuldades no acesso a serviços especializados, como no tratamento do câncer, e barreiras à realização de exames preventivos, como a mamografia, demonstram como fatores como renda, escolaridade, idade e cor da pele influenciam a utilização dos serviços de saúde (RUSSO et al., 2025; SILVA et al., 2025).

Outro aspecto relevante é a influência dos determinantes sociais nos comportamentos e na adesão aos cuidados em saúde. Fatores individuais, relações sociais, condições de vida e aspectos culturais e ambientais interferem, por exemplo, na adesão ao tratamento antirretroviral entre jovens vivendo com HIV (PIRAN et al., 2025). Da mesma forma, a baixa utilização de serviços odontológicos preventivos por gestantes está associada a fatores socioeconômicos e psicossociais, evidenciando que o acesso e o uso dos serviços vão além da disponibilidade, sendo condicionados por múltiplas dimensões sociais (MENDES et al., 2025).

As desigualdades também se manifestam ao longo do curso da vida e em diferentes grupos populacionais. Idosos, por exemplo, enfrentam sobreposição de vulnerabilidades relacionadas ao envelhecimento, doenças crônicas e exclusão social, o que dificulta o acesso a direitos básicos (SILVA et al., 2026). Pessoas em situação de rua vivenciam condições extremas de vulnerabilidade, com múltiplas necessidades de saúde e barreiras significativas no acesso a serviços adequados (BORTOLI; SERAPIONI; KOVALESKI, 2025). Além disso, a violência letal que atinge principalmente jovens revela como fatores como raça, gênero, território e condição socioeconômica determinam diferentes níveis de exposição ao risco e impactam a mortalidade precoce (AMADOR; MARQUES; BARBOSA, 2025).

Os determinantes sociais também se articulam com fatores territoriais e ambientais. Regiões menos favorecidas apresentam piores indicadores de saúde, como maiores taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares e câncer, evidenciando desigualdades regionais persistentes (SOUZA et al., 2025; SILVA et al., 2025). Ademais, contextos socioambientais específicos, como áreas impactadas pela monocultura e pelo uso intensivo de agrotóxicos, geram riscos adicionais à saúde, exigindo políticas voltadas à proteção ecossocial (DOMINGUES et al., 2025).

A pandemia de COVID-19 evidenciou e aprofundou essas desigualdades, demonstrando como fatores sociais influenciam tanto a ocorrência quanto

os desfechos das doenças. A maior mortalidade em determinados grupos, a ocorrência de COVID longa associada a fatores sociodemográficos e as fragilidades na vigilância em saúde reforçam a necessidade de abordagens que considerem os determinantes sociais na formulação de respostas em saúde pública (BARROS JÚNIOR, 2025; LEANDRO et al., 2025).

Diante desse cenário, torna-se fundamental a implementação de políticas públicas intersetoriais que atuem sobre as causas estruturais das iniquidades. Estratégias que integrem promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo aos serviços e melhoria das condições de vida são essenciais para reduzir desigualdades (MALTA et al., 2025). Isso inclui ações voltadas à segurança alimentar, planejamento urbano, acesso a espaços de lazer e fortalecimento da atenção primária, bem como a consideração das especificidades de diferentes populações e territórios (OLIVEIRA, BRUNETTO; ESSIG, 2025; AQUINO et al., 2025).

Por fim, compreender os determinantes sociais da saúde é essencial para o planejamento de ações mais justas e eficazes. A produção de informações qualificadas e a análise das desigualdades permitem orientar intervenções que promovam equidade, dignidade e cuidado integral, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e capaz de responder às necessidades da população (LEANDRO et al., 2025).

REFERÊNCIAS

AMADOR, Ana Edimilda; MARQUES, Marilane Vilela; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. A juventude perdida no Brasil: anos potenciais de vida perdidos devido às mortes violentas de acordo com as regiões imediatas de articulação urbana. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e33020144, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202533020144>.

AQUINO, Nathalia Barbosa de et al. Desigualdades sociais e padrões alimentares: uma análise com adultos da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, e07612023, 2025.

BARROS JÚNIOR, Josué; BARRETO, Yasmin Esther; RIERA, Andrés Ricardo Pérez. Tendência temporal da COVID-19 em crianças de zero a nove anos nos estados de Alagoas e Rio Grande do Sul, Brasil, 2020–2022. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 441–453, 2025.

BORTOLI, Francieli Regina; SERAPIONI, Mauro; KOVALESKI, Douglas Francisco. Efeitos da participação social sobre as políticas de promoção da equidade em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 35, e350218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350218>.

CARVALHO, Geralda Aparecida Vieira de. Racismo e produção do cuidado no SUS: um olhar para a atenção primária em saúde. 2025. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

DOMINGUES, Renata Cordeiro et al. Determinação socioambiental da saúde em territórios produtores de cana-de-açúcar em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, e07712023, 2025.

FERREIRA, Karynna Maria da Silva et al. Interseccionalidade e insegurança alimentar em favelas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, e00095724, 2025.

LEANDRO, Gustavo Cezar Wagner et al. A qualidade da vigilância de infecções respiratórias agudas, fatores associados e efeitos da COVID-19 no Brasil. *RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, 2025.

MALTA, Débora Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis: desafios para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil e Unidades Federadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, e00038825, 2025.

MENDES, Letícia et al. Determinantes do uso de serviços odontológicos no período pré-gestacional e gestacional: um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, e00179524, 2025.

PIRAN, Camila Moraes Garollo et al. Social determinants of adherence to antiretroviral therapy among adolescents and young people living with HIV: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 59, e20250026, 2025.

SILVA, Denise Montenegro da et al. Determinantes sociais de saúde associados à realização de mamografia segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, e11452023, 2025.

SILVA, Gabriela Omena et al. Mortalidade por câncer de colo de útero: estudo descritivo e análise de série temporal, Mato Grosso, 2013–2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 34, e20240503, 2025.

SILVA, Antônio Batista et al. Determinantes sociais da saúde para pessoas idosas em situação de rua: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, e08152024, 2026.

SOUZA, Alessandro Rocha Milan de et al. Doença cerebrovascular isquêmica e hemorrágica no Brasil: tendência de mortalidade e correlação com indicadores socioeconômicos em 20 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 2, e18932023, 2025.

DA SILVA RUSSO, Tatiana Mara et al. Determinantes sociais de saúde no diagnóstico, tratamento e assistência aos pacientes com câncer colorretal: revisão integrativa da literatura. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 11, n. supl. 5, e4710, 2025.

DE OLIVEIRA, Pamela Tamara Gomes; BRUNETTO, Sara; ESSIG, Carolina Medero Rocha. Promoção da saúde através de espaços públicos de lazer: percepção dos usuários. *Licere: Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 1–30, 2025.

DE LIMA, Mariana Nathália Gomes et al. Insegurança alimentar e desigualdades sociais em uma região metropolitana brasileira. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 18, e13148, 2025. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2025VI8e13148>.

CAPÍTULO III

Interseccionalidade e Vulnerabilidade em Saúde

Ana Laura Vieira Santos

César Augusto Fraga Sobreiro

Fernanda Alves da Silva

João Pedro dos Santos

Maria Eduarda de Almeida Grandi

Raissa Emauelle da Silva

A promoção da saúde vai muito além do tratamento de doenças; ela exige compreender cada pessoa em sua totalidade, considerando o contexto social, econômico, cultural e individual em que vive. Nesse sentido, a interseccionalidade se apresenta como um referencial indispensável, pois permite analisar como múltiplas identidades e formas de opressão — como raça, gênero, classe social, orientação sexual, idade e escolaridade — se cruzam e produzem experiências únicas no processo saúde-doença (CRENSHAW, 2002; OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021).

Mais do que um conceito teórico, a interseccionalidade precisa estar presente no cotidiano das práticas de saúde. É por meio dela que se torna possível compreender por que alguns sujeitos recebem cuidado adequado enquanto outros permanecem invisibilizados. Quando essas identidades não são reconhecidas ou respeitadas — seja pelo uso incorreto do nome social, pela abordagem inadequada ou pelo preconceito estrutural —, indivíduos são afastados de um direito fundamental: o acesso à saúde.

O princípio da equidade, central ao Sistema Único de Saúde (SUS), está diretamente relacionado ao reconhecimento dessas desigualdades. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), promover equidade implica reduzir disparidades evitáveis nas condições de saúde e em seus determinantes, incluindo o acesso aos serviços. Para isso, é fundamental que políticas

públicas e práticas assistenciais sejam sensíveis às especificidades de grupos, territórios e realidades socioculturais, promovendo justiça no cuidado (LEAL; LOPES, 2025).

No contexto interseccional, observa-se que diferentes formas de opressão, como racismo, patriarcado e desigualdade de classe, não atuam de maneira isolada, mas se reforçam mutuamente. Esse fenômeno impacta diretamente a saúde e o acesso aos serviços. Mulheres transgêneras, por exemplo, apresentam maior vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis (IST), doenças crônicas e sofrimento psíquico, incluindo depressão e risco de suicídio, em decorrência da discriminação vivenciada em diversos espaços sociais, inclusive nos serviços de saúde (JESUS, 2012). Da mesma forma, mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam barreiras adicionais relacionadas à orientação sexual, ao gênero e ao contexto social, o que dificulta o acesso ao cuidado e aumenta a vulnerabilidade (SILVA et al., 2023).

É importante destacar que a vulnerabilidade em saúde não é uma característica intrínseca do indivíduo. Ela é construída socialmente, como resultado das falhas do sistema e das desigualdades estruturais. Pessoas expostas a múltiplas formas de desigualdade simultaneamente, como raça, gênero e classe social, vivenciam impactos mais intensos em sua saúde, expressos tanto na autopercepção quanto na ocorrência de condições como hipertensão, violência, HIV/Aids e transtornos mentais (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021).

Além disso, fatores territoriais e condições de vida também exercem forte influência. O isolamento geográfico, a precariedade de infraestrutura e as limitações no desenvolvimento social contribuem para o sofrimento psíquico e para a invisibilidade de determinadas populações, como aquelas que vivem em áreas rurais. Essas condições dificultam o acesso a políticas públicas e aumentam riscos, como o uso problemático de álcool e outras substâncias (QUEIROZ et al., 2025).

Diante desse cenário, torna-se necessário repensar o próprio conceito de vulnerabilidade. As populações frequentemente classificadas como vulneráveis não são frágeis por natureza; ao contrário, carregam histórias, saberes e formas de resistência. A vulnerabilidade é dinâmica e depende do contexto, sendo fortemente influenciada pela forma como o sistema de saúde acolhe ou exclui esses sujeitos.

A interseccionalidade, portanto, configura-se como uma ferramenta potente para compreender essas desigualdades sobrepostas e orientar práticas de cuidado mais justas e sensíveis. Um atendimento verdadeiramente humanizado deve considerar a realidade socioeconômica, cultural e individual de cada pessoa, valorizando sua identidade e promovendo respeito. Atitudes como o uso correto do nome social, a escuta qualificada e a ausência de julgamentos são fundamentais para construir vínculos e garantir um cuidado efetivo (BORTOLI, 2025).

Nesse contexto, a educação em saúde também se destaca como estratégia essencial. Ao promover informação, autonomia e protagonismo, contribui para reduzir vulnerabilidades e fortalecer a capacidade das pessoas de cuidar de si mesmas. Quando aliada à interseccionalidade e à humanização, a educação em saúde favorece a construção de práticas mais inclusivas, equitativas e eficazes.

Para que a saúde se torne, de fato, um espaço de encontro e cuidado, é preciso reconhecer que tratar todos de maneira igual não significa cuidar de todos de forma justa. O cuidado deve ser integral, sensível às diferenças e comprometido com a dignidade humana. Ao incorporar a interseccionalidade nas práticas e políticas de saúde, torna-se possível transformar exclusão, silêncio e desconfiança em acolhimento, confiança e efetividade do cuidado.

Em síntese, compreender a interseccionalidade e a vulnerabilidade em saúde é reconhecer que cada pessoa vive uma realidade única, moldada por múltiplos fatores sociais, econômicos e culturais. É colocar a dignidade, o respeito e a escuta ativa no centro do cuidado, construindo um sistema de saúde mais humano, inclusivo e verdadeiramente equitativo.

REFERÊNCIAS

BORTOLI, Maritsa Carla et al. Enfrentamento e prevenção das diferentes formas de discriminação e tipos de violência contra populações vulnerabilizadas: relatório de diálogo deliberativo. 2025.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos: guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros para formadores de opinião. 2. ed. Brasília, DF, 2012. 42 p.

LEAL, Daniela Ulysséa; LOPES, Ivonete da Silva. Mulheres rurais, interseccionalidade e saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 34, e240042, 2025.

OLIVEIRA, Fernanda de; BASTOS, João Luiz; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, e00042320, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042320>.

QUEIROZ, Patrícia de Sousa Fernandes et al. Alcoolismo em homens residentes em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, e16592023, 2025.

SILVA, Sheila Cristina Corrêa et al. A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: experiências das profissionais de saúde no município de Belford Roxo/RJ. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, n. especial 1, e9040, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042023E19040>.

CAPÍTULO IV

Políticas de Equidade na Atenção Primária à Saúde

Jade Alves da Silva

Maria Eduarda Salles de Melo

Samyra Feliciano Camargo

Wellington Nunes Santos

A equidade em saúde constitui um princípio ético fundamental que orienta a organização dos sistemas de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ao buscar a redução das desigualdades e a garantia de acesso conforme as necessidades específicas dos diferentes grupos sociais (CAVALCANTE et al., 2025).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel central na operacionalização desse princípio, atuando como base estruturante do sistema e promovendo cuidado integral, humanizado e resolutivo, sobretudo para populações historicamente vulnerabilizadas (CAVALCANTE et al., 2025).

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida como fundamental para ampliar o acesso aos serviços de saúde e promover equidade, pois aproxima os serviços das comunidades e possibilita a continuidade do cuidado (SOUSA et al., 2023).

Além disso, sua atuação como porta de entrada do sistema permite articular a rede de atenção e atender às necessidades específicas dos usuários, fortalecendo a integralidade do cuidado (JESUS et al., 2023). Nesse sentido, a equidade implica ofertar cuidado diferenciado, considerando as condições sociais, culturais e territoriais de cada população, garantindo justiça social no acesso à saúde (SOUSA et al., 2023).

Entretanto, a efetivação das políticas de equidade na atenção primária enfrenta importantes desafios estruturais, organizacionais e sociais. Desigualdades regionais, escassez de profissionais qualificados e fragilidades

na organização dos serviços comprometem a qualidade da atenção e dificultam a implementação de práticas equânimes (MACEDO et al., 2025).

Além disso, barreiras institucionais e sociais, como racismo estrutural, preconceitos e estigmas, continuam limitando o acesso de populações vulneráveis aos serviços de saúde (SOUSA et al., 2023; LOPES, 2022).

A qualificação dos profissionais de saúde surge como elemento central para a promoção da equidade. A falta de preparo das equipes compromete o acolhimento adequado e dificulta o atendimento às demandas específicas de grupos como população trans, população negra e pessoas em situação de rua (SILVA et al., 2024; MENEZES et al., 2024).

Nesse cenário, a educação permanente em saúde é fundamental para reduzir práticas discriminatórias e promover um cuidado mais inclusivo e alinhado aos princípios do SUS (FRAGA; MODENA; SILVA, 2024). As barreiras de acesso também se manifestam na organização dos serviços e na fragilidade do vínculo entre profissionais e usuários. A presença de preconceitos nos serviços de saúde afasta usuários e compromete a construção de relações de confiança, impactando negativamente o acesso e a continuidade do cuidado (LOPES et al., 2023; LOPES, 2022).

Além disso, fatores como baixa renda, raça, gênero e localização geográfica contribuem para a exclusão de determinados grupos, evidenciando falhas na garantia da equidade (MACHADO et al., 2024). Populações específicas, como quilombolas, ribeirinhos, pessoas em situação de rua e população trans, enfrentam desigualdades históricas que impactam diretamente suas condições de saúde e acesso aos serviços. No caso dessas populações, a equidade depende da implementação de estratégias que considerem suas particularidades sociais, culturais e territoriais (SOUSA et al., 2023; SANTOS et al., 2021).

A ausência de políticas efetivas e a invisibilidade dessas demandas reforçam as iniquidades e dificultam a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo (SOUSA et al., 2023). Diante desse cenário, estratégias como acolhimento, escuta qualificada e busca ativa no território são fundamentais para ampliar o acesso e reduzir desigualdades na atenção primária (SOUSA et al., 2023; BORYSOW et al., 2023).

A atuação comunitária, a participação social no planejamento das ações de saúde e o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença também contribuem significativamente para a promoção da

equidade (LIMA et al., 2021; SANTOS et al., 2021).

Além disso, iniciativas como a mediação intercultural e o uso de tecnologias em saúde demonstram potencial para superar barreiras linguísticas, culturais e geográficas (BONFIM et al., 2025; FRANCO et al., 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à organização territorial e à regionalização dos serviços, que devem considerar critérios como vulnerabilidade, risco e contexto social para garantir um cuidado mais justo e adequado às diferentes realidades (BRASIL, 2022; DIMENSTEIN et al., 2021).

A adoção de políticas públicas que fortaleçam a APS e promovam a distribuição equitativa dos recursos é essencial para reduzir desigualdades e ampliar o acesso, especialmente em áreas rurais e periféricas (DIMENSTEIN et al., 2021; LIMA et al., 2021).

Por fim, destaca-se que a consolidação das políticas de equidade na atenção primária exige não apenas mudanças na organização dos serviços, mas também transformações sociais mais amplas. A superação das iniquidades em saúde depende do enfrentamento das desigualdades estruturais, do fortalecimento das políticas públicas e da construção de práticas de cuidado mais inclusivas, participativas e centradas nas necessidades da população (CAVALCANTE et al., 2025; COLODETTI et al., 2025).

REFERÊNCIAS

BONFIM et al. Entre línguas e culturas: a teleassistência na institucionalização da mediação intercultural na atenção básica para populações imigrantes, refugiadas, apátridas e indígenas. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CAVALCANTE et al. Equidade em saúde: o papel da Atenção Primária na inclusão de populações vulneráveis. 2025.

COLODETTI et al. “Não tem vaga, só se conhecer alguém”: percepção do acesso à saúde por mulheres congolezas residentes no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2025.

DIMENSTEIN, Magda et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1727–1738, 2021.

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e8963, 2024.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, 2021.

JESUS, M. K. M. R. de; MOREÍ, I. A. A.; QUERINO, R. A.; OLIVEIRA, V. H. de. Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, e220369, 2023.

LIMA, R. T. de S. et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2053–2064, 2021.

LOPES, R. et al. Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ na atenção primária à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. esp. 1, 2023.

MACHADO, Gustavo dos Santos et al. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde em uma comunidade rural do município de Lagarto/SE. *Revista Sergipana de Saúde Pública*, Aracaju, v. 3, n. 2, p. 18–24, 2024.

MACEDO, et al. Avaliação da qualidade nos serviços de saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. *Revista Nursing*, 2025.

MENEZES, et al. Invisibilização e preconceitos velados: barreiras para o acesso aos serviços de atenção básica pela população trans. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, 2024.

SANTOS, I. O. et al. Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 24, 2021.

SILVA, Samuel Araujo Gomes da et al. Explorando as complexidades e os desafios do acesso à saúde para pessoas trans em Minas Gerais: um estudo qualitativo após uma década da implementação do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 33, n. esp. 1, e2024350, 2024.

SOUSA, A.; FONSECA, F.; BOUSQUAT, A. Invisibilidade das singularidades amazônicas na organização e oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS): estudo de caso na área rural ribeirinha de Manaus (AM). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 2, e220612pt, 2023.

CAPÍTULO V

Compreendendo a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT+

Anna Luiza Silva Fileni

Cleonice Fernandes Ferriera Peixoto

Leidiane Aparecida Costa dos Santos

Leticia Camilo Gonçalves

Maria Fernanda Ribeiro Souza

Valesca Emboaba Pereira

A população LGBTQIA+ enfrenta, historicamente, processos de exclusão social, discriminação e invisibilidade nos serviços de saúde, fatores que repercutem diretamente em suas condições de vida, no acesso ao cuidado e nos desfechos em saúde. Durante décadas, essa população esteve submetida a diferentes formas de marginalização e estigmatização, contribuindo para a constituição e manutenção de barreiras sociais e institucionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CORRÊA, 2025). Nesse contexto, a discriminação relacionada à orientação sexual e à identidade de gênero configura-se como importante determinante social da saúde, podendo comprometer o bem-estar físico e mental e ampliar situações de vulnerabilidade. Estudos apontam, entre essa população, maior ocorrência de problemas relacionados à saúde mental, exposição à violência e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Diante desse cenário, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais constitui importante instrumento para a promoção da equidade no SUS, ao buscar garantir acesso universal, integral e humanizado e reconhecer as necessidades e especificidades dessa população (GOMES, 2021). Assim, este estudo tem como objetivo analisar, com base na literatura científica, a importância, os avanços e os desafios

relacionados à Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQ+, destacando sua contribuição para a promoção da equidade em saúde e para a redução das desigualdades.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter exploratório e descritivo. Foram considerados artigos científicos, estudos reflexivos e relatos de experiência que abordassem a saúde da população LGBTQIA+ e a implementação da política pública no contexto do SUS, identificados nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e Cochrane. Como critérios de inclusão, foram considerados estudos publicados em português e inglês, após 2020 e com pertinência à temática investigada. Foram excluídos aqueles que não abordavam políticas públicas ou aspectos relacionados à saúde da população LGBTQIA+.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT representa um avanço significativo na garantia de direitos e na promoção da equidade em saúde, especialmente por orientar o enfrentamento da discriminação institucional e a oferta de atendimento humanizado, com respeito à diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais. Apesar dos avanços proporcionados pela política, sua efetivação no cotidiano dos serviços de saúde ainda encontra obstáculos. Entre eles, destaca-se o desconhecimento da própria política por parte de profissionais de saúde, associado à insuficiência de processos de formação e qualificação para o cuidado relacionado à diversidade sexual e de gênero, situação que pode contribuir para a manutenção de práticas discriminatórias nos serviços (GOMES, 2021).

Outro aspecto relevante refere-se à escassez de serviços especializados e à desarticulação dos processos de trabalho, fatores que podem comprometer a qualidade e a continuidade da assistência. Soma-se a isso a existência de limitações nos sistemas de informação e na produção de dados sobre essa população, dificultando a identificação de suas necessidades de saúde e, conseqüentemente, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas (CORRÊA, 2025). Nesse mesmo sentido, a formação dos profissionais de saúde permanece como desafio, uma vez que a abordagem de conteúdos relacionados à saúde LGBTQIA+ ainda ocorre de maneira incipiente nos currículos da área da saúde, com possíveis repercussões sobre a capacidade dos profissionais para oferecer cuidado qualificado, acolhedor e livre de discriminação.

Essas limitações tornam-se particularmente relevantes diante da persistência de desigualdades nos indicadores de saúde da população LGBTQIA+, especialmente no campo da saúde mental, relacionadas à exposição contínua a situações de preconceito, violência e exclusão social. No cenário internacional, também são identificadas desigualdades em saúde associadas a fatores sociopolíticos e culturais, reforçando a necessidade de políticas públicas inclusivas e orientadas pela garantia dos direitos humanos. Nesse contexto, o investimento em educação permanente, qualificação profissional, ampliação do acesso aos serviços e fortalecimento das políticas públicas constitui estratégia fundamental para a redução das iniquidades em saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT configura-se, portanto, como importante estratégia para a promoção da equidade no âmbito do SUS, ao estabelecer diretrizes voltadas à garantia de um cuidado pautado no respeito, na dignidade, na integralidade e no reconhecimento das diferentes necessidades de saúde. Sua implementação contribui para o enfrentamento das práticas discriminatórias e para a ampliação do acesso dessa população aos serviços, embora ainda persistam desafios relacionados à qualificação profissional, à organização dos serviços e à ocorrência de preconceito e discriminação, fatores capazes de comprometer a qualidade da assistência e produzir impactos negativos nos desfechos em saúde.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de fortalecer a implementação da política e ampliar o debate e a produção de conhecimento sobre a saúde da população LGBTQIA+, articulando formação profissional, educação permanente e organização dos processos assistenciais. O desenvolvimento dessas ações pode contribuir para a consolidação de práticas de cuidado mais humanizadas, inclusivas e sensíveis às diferentes identidades, necessidades e contextos de vida, fortalecendo a equidade como princípio orientador das práticas de saúde no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

CORREA, Elton Hoeltgebaum de Almeida et al. 10 anos de (r)existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, e05982023, 2025.

GOMES, Sávio Marcelino; NORO, Luiz Roberto Augusto. Competências para o cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: desenvolvimento e validação de instrumento avaliativo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, e190829, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200829>.

OLIVEIRA, Barbara Britto; TEIXEIRA, Débora Silva; COSTA, Brenda Freitas da. Grupo LGBTQIA+ em uma unidade de saúde da família da zona norte do Rio de Janeiro: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, e3865, 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3865](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3865).

PHILLIPS, J. Craig et al. Promovendo os direitos humanos, a equidade em saúde e políticas de saúde equitativas para pessoas LGBTQ+: um documento de consenso da Academia Americana de Enfermagem. *Nursing Outlook*, v. 73, n. 5, 102496, 2025.

RIOS OLIVEIRA, Narcisio et al. Redução das desigualdades e promoção de qualidade e segurança em saúde para minorias sexuais e de gênero. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 16, 2025.

CAPÍTULO VI

Racismo Estrutural e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Any Isabela Sousa Costa

Edmary Gabriela Domingues Almeida

Gabriella Franciny Salomon Cardoso

Maria Eduarda Ferrão

O racismo institucional está amplamente presente nos serviços de saúde brasileiros, sendo sustentado por relações de poder que promovem a exclusão e dificultam o acesso adequado da população negra às instituições e aos serviços de saúde (ANUNCIAÇÃO et al., 2022). Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo institucional como um fator estruturante das desigualdades em saúde, evidenciando a necessidade de garantir um acesso equitativo, qualificado e humanizado a essa população.

De acordo com Anunciação et al. (2022), esse tipo de racismo manifesta de diversas formas, como na não implementação ou no desconhecimento da política, na falta de capacitação dos profissionais de saúde, na ausência de registro adequado de dados raciais, na insuficiência de serviços especializados, na invisibilidade de doenças prevalentes na população negra, no não reconhecimento de práticas racistas e no subfinanciamento dos setores de saúde e educação. Muitas dessas práticas não são percebidas como racistas, o que contribui para sua naturalização e permanência no cotidiano dos serviços.

Nessa perspectiva, López (2012) destacam que racismo institucional está relacionado ao próprio funcionamento das instituições sociais, sendo orientado por normas e práticas legitimadas pela sociedade. Assim, ele não se apresenta necessariamente de forma explícita, mas atua de maneira sutil e

cotidiana, contribuindo para a manutenção das desigualdades raciais e influenciando a distribuição desigual de serviços, benefícios e oportunidades. Complementando essa análise, Silva et al. (2023) ressaltam que, embora a inserção do tema na agenda de políticas públicas represente um avanço, sua análise isolada pode ocultar a interação entre as dimensões individual, institucional e estrutural do processo de racialização.

Corroborando essa discussão, Cunha et al. (2025) apontam que o racismo não se limita a atitudes discriminatórias isoladas, mas constitui um fenômeno sistêmico e estrutural, inserido na organização econômica e política da sociedade. Dessa forma, tanto comportamentos individuais quanto práticas institucionais refletem um contexto em que o racismo se configura como regra, e não como exceção. No campo da saúde, essas desigualdades tornam-se evidentes especialmente entre populações vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas, que ainda enfrentam barreiras relacionadas às desigualdades sociais, limitações estruturais e fragilidades na implementação de políticas públicas, comprometendo a assistência integral (CRUZ; SILVA, 2022).

Além disso, o racismo estrutural também se manifesta na formação e na atuação dos profissionais de saúde. Silva et al. (2024) evidenciam que médicas negras enfrentam preconceitos e desigualdades que impactam suas trajetórias acadêmicas e práticas de cuidado, além de influenciar as relações de trabalho e a organização dos serviços. Esse cenário demonstra que o racismo afeta tanto os usuários quanto os trabalhadores do sistema de saúde, reforçando a necessidade de estratégias que promovam equidade, valorização profissional e transformação institucional.

Ademais, o racismo também se expressa na dimensão subjetiva do cuidado, interferindo na relação entre profissionais e pacientes e resultando, muitas vezes, em atendimentos desiguais, com menor escuta, acolhimento e qualidade da assistência à população negra. Soma-se a isso a ausência ou insuficiência de dados raciais, que dificulta a identificação das desigualdades e limita a elaboração de políticas públicas eficazes para seu enfrentamento.

Diante desse cenário, o enfrentamento do racismo na saúde exige mais do que ações pontuais, como treinamentos de sensibilidade. É necessário promover mudanças estruturais na governança dos dados, no financiamento e, principalmente, na formação dos profissionais de saúde, incorporando o letramento racial crítico em todos os níveis de atenção e gestão. Assim,

torna-se fundamental fortalecer políticas públicas, ampliar investimentos e reconhecer os privilégios estruturais que sustentam essas desigualdades.

Por fim, compreende-se que o racismo institucional e estrutural permeia diferentes dimensões da sociedade e do sistema de saúde, exigindo ações integradas e efetivas para sua superação. Somente por meio da transformação das práticas institucionais e do compromisso com a equidade será possível garantir um sistema de saúde mais justo, igualitário e efetivamente universal, no qual o acesso da população negra deixe de ser uma concessão e passe a ser plenamente reconhecido como um direito.

REFERÊNCIAS

ANUNCIAÇÃO, Diana et al. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3861–3870, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.06652022>.

CRUZ, Lara Abreu; SILVA, Paulo Henrique Maciel da. Política nacional da saúde integral da população negra: análise do acesso à saúde da população quilombola de Alto Alegre em Horizonte-Ceará. *REMECS: Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, São Paulo, p. 68–71, 2022.

CUNHA, Rafaela de Oliveira et al. Raça e racismo: aspectos conceituais, históricos e metodológicos para pesquisas antirracistas em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 33, e230590pt, 2025.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121–134, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>.

SILVA, Diego Francisco Lima da et al. Para além do racismo institucional? Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 2527–2535, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.06712023>.

SILVA, Letícia Batista et al. “Mesmo que a gente seja a mão que cuida”: médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, e07622023, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.07622023>.

CAPÍTULO VII

Equidade no Acesso à Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

César Augusto Pereira de Andrade

Guilber Ian da Silva

Gustavo Pereira Gonçalves

Harumy Elvira Malca Ferreira da Silva

Tânia leite de Vitor Peruchi

Kailayne Alexandra Almeida Pereira

A equidade no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas constitui um dos maiores desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esses grupos — formados por ribeirinhos, quilombolas, agricultores familiares e outros povos tradicionais — apresentam modos de vida profundamente vinculados ao território, à natureza e a práticas culturais próprias, o que exige uma abordagem diferenciada e sensível às suas especificidades sociais, econômicas e ambientais.

Historicamente, essas populações foram marcadas por processos de exclusão e invisibilidade nas políticas públicas, especialmente na área da saúde. Durante muito tempo, as ações governamentais foram fragmentadas e voltadas mais a interesses econômicos do que ao cuidado integral dessas comunidades. Apenas com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS é que a saúde passou a ser reconhecida como um direito universal, incluindo formalmente as populações rurais e tradicionais. Ainda assim, persistem desigualdades significativas relacionadas ao acesso aos serviços, à disponibilidade de profissionais e à adequação das políticas às realidades locais (PESSOA et al., 2016).

Nesse contexto, a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) representa um avanço importante na busca pela equidade. Essa política propõe a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a redução de vulnerabilidades e o reconhecimento das especificidades culturais e territoriais desses grupos. Além disso, enfatiza a necessidade de uma atenção à saúde territorializada, que considere os determinantes sociais do processo saúde-doença, como condições de trabalho, renda, educação, alimentação e meio ambiente (PESSOA et al., 2016; LIMA et al., 2021).

Apesar desses avanços, diversos desafios ainda comprometem a efetivação da equidade. Entre eles, destacam-se as grandes distâncias geográficas, o isolamento territorial, a precariedade da infraestrutura, a escassez de profissionais de saúde e a dificuldade de implementação concreta das políticas públicas. Esses fatores dificultam o acesso contínuo e qualificado aos serviços, especialmente em regiões como a Amazônia, onde as barreiras logísticas são ainda mais complexas.

A pandemia de COVID-19 evidenciou e intensificou essas desigualdades. Em comunidades ribeirinhas amazônicas, por exemplo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenharam papel fundamental ao atuar como principal elo entre os serviços de saúde e a população. Mesmo diante da escassez de recursos, da falta de equipamentos de proteção individual, das limitações logísticas e da baixa valorização profissional, esses trabalhadores foram essenciais para a orientação, prevenção e monitoramento da doença. No entanto, o cenário também revelou a fragilidade das políticas públicas, que muitas vezes não consideram as especificidades territoriais e sociais dessas regiões.

A Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família, tem papel central na promoção da equidade. Em áreas rurais e ribeirinhas, a implementação de equipes fluviais e ribeirinhas representa uma inovação importante, permitindo a ampliação da cobertura e o acesso a populações dispersas e de difícil alcance. Essas estratégias demonstram que a adaptação dos modelos de atenção às características territoriais é fundamental para garantir a inclusão e a efetividade das ações de saúde (LIMA et al., 2021).

Outro aspecto essencial para a promoção da equidade é o reconhecimento e a valorização dos saberes tradicionais. As populações do campo

desenvolvem práticas de cuidado baseadas em conhecimentos transmitidos ao longo das gerações, como o uso de plantas medicinais, crenças religiosas, alimentação saudável e apoio comunitário. Essas práticas contribuem para um cuidado mais humanizado e integral, sendo fundamental sua integração com o sistema de saúde formal. Tal articulação possibilita não apenas o fortalecimento do cuidado, mas também o respeito à identidade cultural dessas populações (REIS et al., 2024).

Além disso, é importante destacar que o cuidado em saúde nesses territórios deve ir além da dimensão biológica, incorporando aspectos sociais, culturais e psicológicos. A invisibilidade social, as condições precárias de vida e trabalho e o acesso limitado a direitos básicos contribuem para o agravamento de problemas de saúde, incluindo sofrimento psíquico, como ansiedade e depressão. Nesse sentido, a atuação das equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos, deve priorizar o fortalecimento de vínculos comunitários, a escuta qualificada e o desenvolvimento de ações coletivas e territorializadas (SILVA; 2024).

Por fim, a promoção da equidade no acesso à saúde das populações do campo, da floresta e das águas requer não apenas a formulação de políticas públicas, mas sua efetiva implementação nos territórios. Isso implica investimento em infraestrutura, valorização dos profissionais de saúde, fortalecimento da atenção básica e participação ativa das comunidades no planejamento e na execução das ações. A educação em saúde e o controle social também desempenham papel fundamental na ampliação da autonomia dessas populações e na garantia de seus direitos.

Dessa forma, garantir a equidade em saúde para esses grupos significa reconhecer suas especificidades, valorizar seus saberes, enfrentar as desigualdades históricas e construir um modelo de atenção mais justo, inclusivo e sensível às realidades locais. Trata-se de um compromisso ético e político essencial para a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente universal.

REFERÊNCIAS

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERNANDES, Tiótfreis Gomes; MARTINS JÚNIOR, Paulo José Araújo; PORTELA, Carlos Silva; SANTOS JÚNIOR, José Dias de Oliveira dos; SCHWEICKARDT, Júlio César. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2053–2064, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>.

MIRANDA, Adriana dos Santos; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Desafios para a garantia do acesso à saúde em territórios rurais remotos: perspectivas de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 33, e230753pt, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230753pt>.

PESSOA, Alexandre; DIAS, Fernando Ferreira Carneiro; MACHADO, Jorge Mesquita Huet et al. Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. (Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade, v. 7). Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/07_saude_POVOS_final_.pdf. Acesso em: 18 jun. 2026.

REIS, Ana Elizabeth Sousa; SCHWEICKARDT, Julio Cesar; GUEDES, Thalita Renata Oliveira das Neves; SANTOS, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos; MURTA, Sheila Giardini. Navegando pelo “rio da vida”: a produção do cuidado em situações de urgência e emergência em um território da Amazônia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 28, e230649, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230649>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2024.v28/e230649/pt/>. Acesso em: 18 jun. 2026.

SILVA, Francisco Romulo da. Saúde da família do campo e atuação do psicólogo em um assentamento rural: relato de experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 44, e260811, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003260811>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Wdsr3mZbkJH8kXkmtcvHTHd/>. Acesso em: 18 jun. 2026.

CAPÍTULO VIII

Gestão, Participação Social e Monitoramento das Políticas de Equidade em Saúde

Amanda Eduarda Paiva de Souza

Ana Cecília Rodrigues da Silva

Sanmer Kauai Oliveira Silva

A gestão das políticas de equidade no Brasil está profundamente relacionada à consolidação da democracia e à garantia dos direitos sociais, especialmente no campo da saúde. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) se configura como uma das mais importantes conquistas sociais do país, estruturado com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios não apenas orientam a organização dos serviços de saúde, mas também expressam um compromisso ético e político com a redução das desigualdades e a promoção da justiça social. No entanto, apesar dos avanços alcançados no campo normativo e institucional, ainda se observa uma distância significativa entre o que está previsto nas políticas públicas e o que se concretiza na prática cotidiana dos serviços de saúde, evidenciando desafios importantes na implementação e efetivação dessas diretrizes. (BRASIL, 1988; 2000).

A equidade em saúde, diferentemente da igualdade, parte do reconhecimento de que os indivíduos vivem em condições sociais, econômicas e culturais distintas, o que implica a necessidade de abordagens diferenciadas para garantir acesso e qualidade no cuidado. Essa perspectiva é fundamental em um país marcado por profundas desigualdades estruturais, nas quais fatores como renda, escolaridade, condições de moradia, acesso ao saneamento básico, alimentação e inserção no mercado de trabalho influenciam diretamente o processo saúde-doença.

Esses elementos, conhecidos como determinantes sociais da saúde, demonstram que a saúde não pode ser compreendida apenas sob a ótica biológica, sendo necessário considerar o contexto em que os indivíduos estão inseridos. Dessa forma, a promoção da equidade exige uma atuação ampliada, que vá além do cuidado clínico e envolva ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e articulação com outros setores (BRASIL, 1988; ANDRADE, 2025).

cenário, a gestão em saúde assume um papel estratégico na organização dos serviços e na condução das políticas públicas. Não se trata apenas de administrar recursos, mas de desenvolver ações capazes de responder às necessidades reais da população, considerando suas especificidades e vulnerabilidades. Entretanto, observa-se que a existência de políticas bem estruturadas, protocolos definidos e recursos disponíveis não garante, por si só, a efetividade das ações. Muitas vezes, há dificuldades na transformação dessas diretrizes em práticas concretas, o que evidencia fragilidades nos processos de gestão e na articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde. Esse cenário reforça a importância de uma gestão ativa, comprometida e capaz de promover mudanças nos processos de trabalho, especialmente no que se refere ao comportamento e à adesão dos profissionais às práticas recomendadas (SOUZA; MIGUEL 2025).

A adesão dos profissionais de saúde às diretrizes estabelecidas representa um dos principais desafios para a efetivação das políticas públicas. Mesmo diante de condições estruturais adequadas, a implementação das ações depende diretamente do engajamento das equipes e da incorporação dos princípios de equidade no cotidiano do cuidado. Isso evidencia que a gestão deve atuar também no campo da educação permanente, promovendo capacitação contínua, sensibilização e fortalecimento de uma cultura organizacional voltada para a qualidade da assistência e para a redução das desigualdades. Portanto, a mudança de comportamento dos profissionais torna-se um elemento central para a concretização das políticas de equidade (SOUZA E MIGUEL 2025).

A Atenção Primária à Saúde destaca-se como um espaço privilegiado para a promoção da equidade, por estar mais próxima da população e permitir uma compreensão mais ampla das necessidades dos usuários. Nesse nível de atenção, é possível estabelecer vínculos, desenvolver escuta qualificada e identificar precocemente situações de vulnerabilidade, como

violência, abandono, dificuldades de acesso aos serviços e condições sociais adversas. A proximidade com o território permite que os profissionais compreendam melhor a realidade das famílias, contribuindo para a construção de intervenções mais eficazes e resolutivas. No entanto, para que esse potencial seja plenamente alcançado, é necessário investir no fortalecimento da Atenção Primária, garantindo condições adequadas de trabalho, recursos suficientes e capacitação profissional. (BRASIL, 2000).

A atuação dos profissionais de saúde, especialmente daqueles inseridos no território, como os agentes comunitários de saúde, é fundamental para a implementação das políticas de equidade. Esses profissionais desempenham um papel estratégico na identificação das necessidades da população, no acompanhamento das famílias e na articulação entre os serviços de saúde e a comunidade. Sua proximidade com o território permite uma atuação mais sensível e humanizada, contribuindo para a construção de um cuidado integral. Contudo, observa-se que esses profissionais muitas vezes enfrentam limitações relacionadas à falta de suporte institucional, sobrecarga de trabalho e insuficiência de capacitação, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada (ANDRADE, 2025).

Outro elemento central na construção das políticas de equidade é a participação social, considerada um dos pilares do SUS e um importante instrumento de democratização das políticas públicas. A participação da população nos processos decisórios possibilita a construção de políticas mais alinhadas às necessidades reais dos usuários, além de fortalecer o controle social e a transparência na gestão pública. Por meio de espaços como conselhos e conferências de saúde, a sociedade tem a oportunidade de contribuir com propostas, acompanhar ações e exercer seu papel de protagonista na construção do sistema de saúde (CARVALHO, 2013; GOMES; ORFÃO, 2021).

Entretanto, apesar de sua relevância, a participação social ainda enfrenta desafios significativos. Em muitos casos, ela ocorre de forma limitada, com caráter predominantemente consultivo, o que reduz seu impacto nas decisões políticas. Além disso, fatores como desigualdade socioeconômica, exclusão digital, baixa escolaridade e falta de acesso à informação dificultam a participação efetiva de determinados grupos sociais, especialmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade. Essa realidade compromete a representatividade e a construção de políticas verdadeiramente equitativas

evidenciando a necessidade de fortalecer os mecanismos de participação e garantir condições para que a população possa exercer esse direito de forma plena (GOMES; ORFÃO, 2021).

Nos últimos anos, a incorporação de tecnologias digitais tem sido utilizada como estratégia para ampliar a participação social, permitindo que um número maior de pessoas tenha acesso aos processos decisórios. Iniciativas como plataformas online de participação pública têm contribuído para a diversificação dos perfis dos participantes e para a ampliação do alcance das discussões. No entanto, essa ampliação quantitativa não garante, necessariamente, a efetividade da participação, uma vez que ainda existem desafios relacionados à transparência, ao acompanhamento das propostas e à incorporação das contribuições da população nas decisões finais (ARAÚJO; ANDRÉ; CRUZ, 2023; PAIM, 2023).

O monitoramento das políticas públicas constitui outro elemento fundamental para a promoção da equidade em saúde. O acompanhamento contínuo das ações permite avaliar sua efetividade, identificar lacunas e promover ajustes necessários. No entanto, observa-se que essa etapa ainda apresenta fragilidades importantes, como a ausência de indicadores específicos, a limitação de dados desagregados e a dificuldade de acompanhar a implementação das políticas ao longo do tempo. Essas limitações comprometem a capacidade de avaliar os impactos das ações e dificultam a tomada de decisões baseadas em evidências (SIQUEIRA, HOLLANDA; MOTTA, 2017).

A ausência de um monitoramento eficaz pode resultar na manutenção de desigualdades já existentes, uma vez que não há subsídios suficientes para identificar falhas e promover melhorias. O fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e a utilização de dados qualificados são fundamentais para orientar a gestão e garantir maior efetividade das políticas públicas. E a transparência no acompanhamento das ações é essencial para fortalecer o controle social e aumentar a confiança da população nas instituições públicas (SIQUEIRA, HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Outro aspecto refere-se ao distanciamento entre a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e as tomadas de decisão. Muitas vezes, as demandas identificadas no cotidiano dos serviços não são incorporadas às estratégias de gestão, o que evidencia fragilidades na comunicação e na

integração entre os diferentes níveis do sistema. Essa desconexão pode comprometer a efetividade das políticas, tornando-as menos sensíveis às necessidades reais da população.

Dessa forma, a promoção da equidade em saúde exige mais do que a existência de políticas bem estruturadas. É necessário promover mudanças na cultura organizacional dos serviços de saúde, de modo que a equidade seja incorporada como princípio orientador das práticas cotidianas. Isso implica reconhecer as desigualdades, valorizar as especificidades dos indivíduos e desenvolver ações que respondam de forma efetiva às necessidades da população (ANDRADE, 2025).

A integração entre gestão, participação social e monitoramento apresenta-se como um elemento central nesse processo. Esses três pilares são interdependentes e devem atuar de forma articulada para garantir a efetividade das políticas públicas. A gestão organiza e direciona as ações, a participação social assegura que essas ações estejam alinhadas às necessidades da população, e o monitoramento permite avaliar os resultados e promover ajustes contínuos. Quando essa articulação não ocorre, as políticas tendem a ser menos eficazes e mais distantes da realidade da população (MOURA; CÁRDENAS; GUILHEM, 2025).

Apesar dos desafios, é importante reconhecer que o SUS representa uma conquista histórica e um modelo de sistema de saúde que busca garantir o acesso universal à população. No entanto, sua consolidação como um sistema verdadeiramente equitativo depende do compromisso contínuo com a redução das desigualdades e com o fortalecimento dos mecanismos de gestão, participação social e monitoramento. (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000).

Conclui-se que a efetivação das políticas de equidade em saúde exige não apenas a formulação de diretrizes, mas sua implementação concreta, acompanhada de avaliação contínua e participação ativa da sociedade. A construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e eficiente depende da integração desses elementos e da incorporação da equidade como prática cotidiana nos serviços de saúde, garantindo que as políticas públicas atendam, de fato, às necessidades da população e contribuam para a redução das desigualdades sociais (MOURA; CÁRDENAS; GUILHEM, 2025; PAIM, 2023).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: desigualdade social e violências em saúde. In: Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: desigualdade social e violências em saúde. 2025. p. 514-514.

ARAÚJO, Maria Gabriela Medeiros Cunha de; ANDRÉ, Ayla Nóbrega; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro. Potencialidades da participação social no âmbito da Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. Revista de Educação Popular, Uberlândia, v. 22, n. 2, p. 1-23, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14393/REP-2023-68463>. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/68463>. Acesso em: 18 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde. Organização de José Carvalho de Noronha e Telma Ruth Pereira. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 237-271. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-08.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2026.

GOMES, Jéssica Fernanda Farias; ORFÃO, Nathália Helena. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mnGCSGkENYjRshXhxGMk95m/>. Acesso em: 18 jun. 2026.

MOURA, Ananda Cristine Amador de; CÁRDENAS, Hugo Vinicius Alves; GUILHEM, Dirce Bellezi. Participação social no Sistema Único de Saúde, suas potencialidades, desafios e perspectivas: revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e19558, 2025. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/participacao-social-no-sistema-unico-de-saude-suas-potencialidades-desafios-e-perspectivas-revisao-de-escopo/19558>. Acesso em: 18 jun. 2026.

PAIM, Jairnilson Silva. Participação social em saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, DF, v. 12, n. 3, p. 45-62, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i3.1047>.

SIQUEIRA, Sandra Valongueiro Alves; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>.

SOUZA, Rubens Piedade de; MIGUEL, Leonardo Rogério. O uso de evidência e a equidade nas políticas públicas: reconfiguração epistemológica e legitimação democrática. Revista da ANINTER-SH, v. 2, art. 14, p. 249-268, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.69817/2965-954X/v2a14>

Organizador e Revisores

Geovani Cleyson dos Santos

Doutorando do Programa de Pós-Graduação de Ciências Aplicadas à Saúde (UNIVAS). Mestre em Enfermagem pela UNIFAL (2021). Enfermeiro pela UNIVAS (2019). Coordenador da Atenção Primária à Saúde Natércia-MG. Vice-coordenador do Curso de Enfermagem da Univas. Conselheiro Fiscal da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade.

Jéssica de Aquino Pereira

Enfermeira, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2014), mestre (2018) e doutora (2023) em Ciências da Saúde (UNICAMP). Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIVAS, Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Educação, Conhecimento e Sociedade (PPGEduCS). Líder do grupo de pesquisa Educa+Saúde. Associada à SOBEST e membro do Departamento de Enfermagem Gerontológica da ABEn-MG.

Autores

Amanda Eduarda Paiva de Souza; Ana Cecília de Oliveira Franco; Ana Cecilia Rodrigues da Silva; Ana Laura Vieira Santos; Ana Luiza Angélico Machado; Anna Luiza Silva Fileni; Any Isabela Sousa Costa; César Augusto Fraga Sobreiro; César Augusto Pereira de Andrade; Cleonice Fernandes Ferriera Peixoto; Edmary Gabriela Domingues Almeida; Fernanda Alves da Silva; Gabriella Franciny Salomon Cardoso; Guilber Ian da Silva; Gustavo Pereira Gonçalves; Harumy Elvira Malca Ferreira da Silva; Jade Alves da Silva; João Pedro dos Santos; Kailayne Alexandra Almeida Pereira; Larissa Costa Moraes; Leidiane Aparecida Costa dos Santos; Leticia Camilo Gonçalves; Maria Eduarda de Almeida Grandi; Maria Eduarda Ferrão; Maria Eduarda Matos Machado; Maria Eduarda Salles de Melo; Maria Fernanda Ribeiro Souza; Pedro Henrique Aparecido de Oliveira Silva; Raissa Emauelle da Silva; Rita Aparecida Maia Ribeiro; Samyra Feliciano Camargo; Sanmer Kauai Oliveira Silva; Tânia Leite de Vitor Peruchi; Valesca Emboaba Pereira; Victoria Marciano da Silva de Assis; Wellington Nunes Santos; Yasmin Aurora Ribeiro Lemos.

Discentes do Curso de Enfermagem UNIVAS

CUIDAR COM EQUIDADE

Contribuições da Enfermagem para o SUS

Promover equidade em saúde significa reconhecer diferenças, enfrentar desigualdades e garantir que cada pessoa receba o cuidado de que realmente necessita. Nesta obra, estudantes de Enfermagem apresentam reflexões e conhecimentos que fortalecem a construção de um SUS mais justo, inclusivo e comprometido com a dignidade humana. Um convite à reflexão e à transformação das práticas de cuidado.



CURSO DE
Enfermagem

UNIVAS
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ