

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE NO SUS: Desafios e Perspectivas para um Atendimento Diverso e Inclusivo na Saúde Pública

Flávia Silva de Souza
Kelly Cristina Freire Doria
Maria do Carmo Cisne
Carlos Hilton
Silvia Cristina Rufino
Robisom Damasceno Calado

Introdução

A constituição do sus e os enfrentamentos atuais

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a subsequente consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, representaram uma ruptura profunda com o modelo previdenciário meritocrático e excludente até então vigente no Brasil, institucionalizando a saúde como direito social universal, integral e de responsabilidade intransferível do Estado (BRASIL, 1988).

Embora celebrada, no plano normativo, como uma das maiores conquistas democráticas do país, essa institucionalização

confrontou-se imediatamente com a complexidade estrutural de uma sociedade fraturada por desigualdades socioeconômicas e por heranças coloniais que moldam, até hoje, a estratificação social brasileira.

No campo da Saúde Coletiva, o debate contemporâneo evidencia que a igualdade formal de acesso é insuficiente para responder às demandas de uma população heterogênea. A distribuição dos agravos e o perfil epidemiológico não se organizam de forma aleatória no tecido social; respondem diretamente à dinâmica dos determinantes sociais da saúde, os quais operam de maneira interseccional, impondo barreiras sistemáticas a grupos vulnerabilizados por marcadores de raça, etnia, gênero, orientação sexual, território e deficiência (PAIM, 2021).

Diante dessa realidade, a operacionalização do princípio da equidade assume centralidade técnico-política. Ela não configura flexibilização ou ameaça à universalidade, mas o expediente metodológico capaz de viabilizar a justiça distributiva e a inclusão sanitária efetiva em toda a rede assistencial.

O tensionamento entre a formulação abstrata das políticas de equidade e sua tradução prática revela-se com nitidez na micropolítica do trabalho vivo em saúde que rege o cotidiano das instituições do SUS. A organização das práticas institucionais — do pronto atendimento aos complexos hospitalares de alta complexidade — permanece historicamente colonizada pelo modelo biomédico tradicional, de caráter tecnocêntrico, centrado na patologização dos corpos e estruturado na lógica da queixa-conduta, segundo a qual a doença é compreendida como mera ausência de saúde (CAMPOS, 2021; MERHY, 2022). Essa racionalidade assistencial e gerencial tende a reduzir o usuário à sua dimensão estritamente biológica, operando um processo de desumanização que invisibiliza as demandas culturais, de gênero, de orientação sexual e de capacidades físicas e intelectuais dos sujeitos atendidos.

Consequentemente, as instituições públicas de saúde permanecem permeáveis à reprodução de violências institucionais, homofobia, transfobia e racismo estrutural. O acolhimento, concebido originalmente pela Política Nacional de Humanização (PNH) como dispositivo ético-político voltado a subverter essa lógica corporativa e a promover escuta qualificada das singularidades, é frequentemente capturado por uma engenharia gerencial burocrática, sendo reduzido a uma triagem de risco automatizada que anula o protagonismo do sujeito no processo terapêutico.

Para enfrentar essa fragmentação do cuidado e a desassistência disfarçada de universalidade, a gestão federal buscou adensar o arcabouço normativo do SUS por meio de políticas transversais de promoção da equidade, impulsionadas pela articulação entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e os movimentos sociais (BRASIL, 2023). Pesquisas empíricas recentes sobre o monitoramento dessas diretrizes em hospitais gerais e na rede ambulatorial especializada demonstram, contudo, um descompasso estrutural crônico entre as formulações macroestratégicas do Ministério da Saúde e a microfísica das práticas assistenciais na ponta do sistema — *gap* agravado pelo subfinanciamento histórico do setor, que limita a expansão da infraestrutura física e tecnológica, e pelo déficit de programas de educação permanente voltados ao desmonte de vieses inconscientes entre as equipes de atendimento (SANTOS; LIMA; COSTA, 2024).

A escassez de profissionais capacitados em comunicação inclusiva e em letramento em saúde, somada à baixa *priorização* do preenchimento dos dados de raça, cor e identidade de gênero nos sistemas de informação epidemiológica, perpetua a invisibilidade institucional de segmentos expressivos da população, comprometendo a eficácia das intervenções preventivas, diagnósticas e curativas (OLIVEIRA *et al*, 2023).

Diante dessa problemática multidimensional, que tensiona a sustentabilidade democrática do sistema de saúde brasileiro, este capítulo tem como objetivos analisar os principais desafios estruturais, comunicacionais e gerenciais que impedem a efetivação de um atendimento diverso e inclusivo na rede do SUS, e propor caminhos ancorados na reestruturação da formação profissional e no fortalecimento do controle social.

A justificativa desta análise reside na urgência científica de fornecer subsídios conceituais que colaborem para a superação de práticas excludentes que ainda engessam o cuidado hospitalar e ambulatorial no país. Ancorado metodologicamente em um estudo de revisão reflexiva e pautado pelo referencial da determinação social da saúde, este texto busca contribuir com as discussões da coletânea “Inclusão: estudos e perspectivas”, sustentando a premissa de que a consolidação de um sistema universal de saúde está condicionada à sua capacidade técnica e ética de acolher a pluralidade humana em sua máxima amplitude.

Referencial teórico

O modelo biomédico hegemônico e a desumanização do cuidado

A compreensão das barreiras que impedem a consolidação de um atendimento inclusivo e atento à diversidade na saúde pública exige uma imersão na racionalidade que governa as práticas assistenciais contemporâneas. A medicina ocidental moderna estruturou-se historicamente sob o paradigma biomédico, ainda hegemônico, cujas bases epistemológicas remontam ao mecanicismo cartesiano e ao positivismo científico do século XIX (CAMPOS, 2021). Sob essa ótica, o corpo humano é concebido como uma máquina biológica cujas engrenagens operam de forma isolada, e a doença é definida estritamente como mau funcionamento orgânico a ser corrigido por intervenções técnicas, farmacológicas ou cirúrgicas. Esse reducionismo, ao isolar o adoecimento de suas raízes históricas, sociais, psíquicas e culturais, promove o que a

literatura de Saúde Coletiva classifica como alienação do sujeito e desumanização do cuidado (MERHY, 2022).

Ao centralizar o ato assistencial na patologia, e não no indivíduo, o modelo biomédico opera uma fragmentação clínica que despoja o usuário de sua historicidade e de suas subjetividades. Nas instituições hospitalares e ambulatoriais, a relação terapêutica passa a ser mediada pela assimetria do saber: o profissional detém o monopólio do conhecimento técnico, e o paciente é reduzido à condição de receptor passivo de condutas.

Merhy (2022) adverte que essa dinâmica anula o "*trabalho vivo em ato*" — que pressupõe o encontro, a escuta e a produção de subjetividades —, colonizando o serviço de saúde com o "*trabalho morto*", materializado no uso hipertrofiado de equipamentos, exames complementares e protocolos padronizados. Essa engenharia institucional tecnocêntrica mostra-se estruturalmente incapaz de acolher a pluralidade e a diversidade dos usuários, uma vez que corpos, identidades e vivências que não se enquadram na norma estatística ou na descrição biológica padrão são sumariamente patologizados, negligenciados ou submetidos a processos de violência institucional.

A desumanização resultante desse processo manifesta-se de forma contundente quando a rede de saúde se depara com marcadores identitários que tensionam a pretensa neutralidade da ciência médica. A insistência em uma abordagem neutra e universalizante funciona, contraditoriamente, como potente mecanismo de exclusão, pois ignora que os corpos que buscam o SUS carregam as marcas do racismo, do machismo, da LGBTfobia e do capacitismo que estruturam a sociedade brasileira (SANTOS; LIMA; COSTA, 2024). Quando o profissional de saúde, respaldado pela suposta objetividade biomédica, ignora a identidade de gênero de uma pessoa trans, desconsidera as queixas de dor de uma mulher negra com base em mitos biológicos racistas, ou anula a autonomia reprodutiva de uma mulher com deficiência intelectual, ele não está

operando de forma neutra: está convertendo o ato clínico em instrumento de reprodução de opressões. Assim, a crítica ao modelo biomédico hegemônico não se restringe a uma discussão teórica abstrata, mas apresenta-se como imperativo prático para o desmonte de uma micropolítica assistencial que adoecce e exclui sob o pretexto de curar.

Determinantes sociais da saúde e a interseccionalidade como matrizes analíticas

Para superar o reducionismo do modelo biomédico e fundamentar uma prática inclusiva na saúde pública, a Saúde Coletiva latino-americana consolidou o referencial teórico da Determinação Social da Saúde (DSS). Diferentemente da abordagem funcionalista dos “determinantes sociais” adotada por organismos internacionais — que frequentemente reduz a complexidade social a uma lista de variáveis e fatores de risco isolados —, a determinação social compreende saúde e doença como processos dinâmicos, históricos e dialéticos, indissociáveis do modo de produção, da reprodução social e das relações de poder que organizam a sociedade (PAIM, 2021). Sob esse prisma, adoecer e morrer deixam de ser fatalidades biológicas ou escolhas comportamentais individuais e passam a ser interpretados como expressão somática das desigualdades estruturais e do acesso assimétrico à renda, à educação, à habitação e à justiça social.

A análise da determinação social ganha maior precisão quando articulada ao conceito de interseccionalidade, cunhado no campo do feminismo negro por Kimberlé Crenshaw e amplamente incorporado à pesquisa em saúde pública nas últimas décadas. A interseccionalidade recusa a análise isolada de categorias sociais, propondo que marcadores como raça, etnia, classe, gênero, orientação sexual, idade e deficiência não se somam de forma aditiva, mas se cruzam de maneira sinérgica, gerando eixos de subordinação e privilégio que moldam trajetórias de vida e o acesso

aos direitos fundamentais (SILVA; OLIVEIRA, 2022). No contexto do SUS, essa matriz permite compreender que a experiência de acesso de uma mulher negra e lésbica moradora de uma comunidade periférica é qualitativamente distinta da experiência de um homem branco e heterossexual de mesma faixa etária e renda: as barreiras enfrentadas pela primeira não resultam da simples soma do racismo, do sexismo e da homofobia, mas de uma configuração institucional específica que vulnerabiliza seu corpo de forma integral.

A incorporação da determinação social e da interseccionalidade como ferramentas de gestão e de prática clínica é fundamental para que o princípio da equidade abandone a dimensão retórica e se converta em intervenções epidemiológicas e assistenciais eficazes. Quando gestores e profissionais negligenciam essas categorias, perpetuam o que Souza *et al.* (2021) denominam cegueira institucional, desenhando políticas homogeneizantes que falham em alcançar quem se encontra nas franjas da exclusão social. A produção de dados epidemiológicos fidedignos, baseada no preenchimento rigoroso dos quesitos raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual nos sistemas de informação do SUS, apresenta-se, nesse sentido, como exigência científica e metodológica derivada dessa matriz teórica (OLIVEIRA *et al.*, 2023): retirar as minorias da invisibilidade estatística é o primeiro passo para mapear a real distribuição dos agravos e fundamentar o direcionamento equitativo de recursos e a formulação de linhas de cuidado culturalmente seguras.

Políticas públicas de equidade e os limites da institucionalização no SUS

A necessidade de responder às demandas evidenciadas pela determinação social e pelas pressões históricas dos movimentos sociais organizados impulsionou o Ministério da Saúde a formular, a partir dos anos 2000, um conjunto expressivo de políticas transversais de promoção da equidade em saúde. Entre esses

marcos, destacam-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e as diretrizes voltadas à saúde das populações do campo, das águas, das florestas, dos povos indígenas e das pessoas com deficiência. Mais recentemente, essa institucionalização ganhou novos contornos com a criação do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS, demonstrando esforço contínuo da gestão pública em estruturar respostas administrativas e assistenciais ao desafio da diversidade (BRASIL, 2023).

Todavia, o processo de institucionalização dessas políticas é marcado por contradições crônicas e limites estruturais que impedem sua plena efetivação na ponta do sistema. Machado (2023) argumenta que o principal entrave reside na histórica fragmentação e na baixa sustentabilidade financeira do SUS, agravadas por períodos recentes de austeridade fiscal que sufocaram o orçamento da saúde coletiva. No cenário de escassez de recursos, as políticas de promoção da equidade são frequentemente relegadas a plano secundário na agenda dos gestores locais, percebidas equivocadamente como programas marginais ou concessões identitárias, em detrimento dos investimentos nas redes de urgência, emergência e alta complexidade hospitalar. Essa subalternização orçamentária impede a interiorização e a capilarização das diretrizes de inclusão, fazendo com que o acesso a um atendimento diverso dependa mais do ativismo isolado de determinados profissionais do que de uma estratégia de Estado consolidada.

Além dos limites financeiros e gerenciais, a transposição das políticas de equidade para o cotidiano assistencial esbarra na persistência de uma cultura organizacional refratária à mudança e na fragilidade dos processos de formação continuada. Santos, Lima e Costa (2024) observam que a existência de portarias, resoluções e relatórios técnicos assinados no nível central do Ministério da Saúde

não possui o condão automático de modificar a microfísica das relações de poder e as práticas clínicas arraigadas nos hospitais e ambulatorios do país. A ausência de mecanismos obrigatórios de monitoramento e avaliação do cumprimento dessas diretrizes, combinada com sua baixa inserção nas avaliações de qualidade dos serviços, perpetua o descompasso entre a vanguarda legislativa do SUS e o conservadorismo assistencial na ponta. O exame crítico do referencial teórico revela, portanto, que o avanço rumo a um sistema de saúde inclusivo exige transcender a mera produção de documentos normativos, demandando o enfrentamento direto das barreiras estruturais, políticas e econômicas que engessam a governança da saúde pública brasileira.

Biopolítica e racismo institucional: barreiras estruturais no cuidado coletivo

Para além das dinâmicas estritamente administrativas, a análise rigorosa do acolhimento à diversidade na saúde pública demanda a incorporação do referencial teórico da biopolítica e do poder soberano sobre os corpos, conforme discutido pela vertente contemporânea da Saúde Coletiva. O conceito de biopolítica, voltado a compreender os mecanismos estatais de controle, vigilância e regulação das populações, evidencia que o hospital e o ambulatorio não são espaços neutros de cura, mas territórios onde se exercem tecnologias de disciplinarização e normalização social (SOUZA *et al.*, 2021).

Sob essa racionalidade hegemônica, estabelece-se uma hierarquização implícita do valor da vida humana, em que corpos pautados pela cis-heteronormatividade, pela branquitude e pela funcionalidade produtiva recebem prioridade afetiva e técnica no cuidado, enquanto corpos dissidentes, periféricos e envelhecidos são empurrados para as franjas do abandono institucional e da subassistência. Essa dinâmica de poder ganha contornos de violência explícita por meio do racismo institucional, categoria indispensável

para decifrar a assimetria epidemiológica que penaliza a população negra e indígena no Brasil. O racismo institucional no SUS não se restringe a episódios isolados de discriminação interpessoal, mas se caracteriza por processos institucionais consolidados, fluxos burocráticos e omissões gerenciais que colocam sistematicamente determinados grupos étnico-raciais em desvantagem no acesso e na qualidade do cuidado (ALMEIDA; COSTA, 2022). Estudos epidemiológicos consistentes demonstram que esse racismo estrutural se reflete na disparidade dos indicadores de mortalidade materna, na menor oferta de anestesia em procedimentos obstétricos para mulheres negras, na despriorização de investigações diagnósticas complexas e no tempo reduzido de escuta clínica durante as consultas em toda a rede assistencial.

Essa naturalização do panorama excludente decorre de uma herança colonial que molda a subjetividade dos próprios trabalhadores e gestores do sistema. Carvalho *et al.* (2023) argumentam que os profissionais de saúde, ainda que imersos em discurso humanitário e universalista, operam sob a égide de vieses inconscientes que hierarquizam a dor e a legitimidade das demandas dos usuários com base em marcadores raciais e de classe. Essa reprodução acrítica de opressões não se origina apenas na prática clínica: manifesta-se já na formação, na qual a sub-representação histórica de estudantes e profissionais negros nas carreiras médicas e de saúde é, ao mesmo tempo, sintoma e reforço do racismo estrutural que atravessa o cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Essa dupla face — o racismo que atinge quem cuida e quem é cuidado — sabota frontalmente a eficácia técnica dos tratamentos e anula a dimensão ética da integralidade, tornando imperioso que o referencial analítico sobre inclusão incorpore ferramentas críticas capazes de denunciar o racismo institucional como patologia estrutural da própria burocracia sanitária, a ser combatida com o mesmo rigor científico dedicado aos agravos biológicos.

Percurso metodológico

Conforme pontuam Minayo e Costa (2021), a investigação de cunho conceitual e documental constitui ferramenta indispensável na saúde pública, por viabilizar a aproximação analítica entre as formulações programáticas do Estado e a produção científica empírica acumulada, desvelando as fraturas existentes entre o plano normativo e as práticas sociais concretas.

O processo de busca bibliográfica foi operacionalizado por meio do acesso às bases indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no acervo da National Library of Medicine (PubMed). Utilizou-se combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) cruzados pelo operador booleano AND, a saber: "Equidade em Saúde" (*Health Equity*), "Sistema Único de Saúde" (*Unified Health System*), "Diversidade" (*Diversity*) e "Inclusão" (*Inclusion*).

Os critérios de inclusão delimitaram estudos publicados nos últimos cinco anos, em qualquer idioma, disponíveis em texto completo. A busca inicial identificou 42 estudos potencialmente elegíveis, submetidos a leitura crítica e reflexiva quanto à correspondência com os objetivos da pesquisa; após esse refinamento, restaram 26 estudos, dos quais 12 corresponderam efetivamente aos objetivos propostos e compuseram o corpus final de análise, sendo os 14 remanescentes excluídos por baixa aderência temática.

De acordo com a perspectiva metodológica de Breilh (2021), a utilização de matrizes críticas na saúde pública permite que o pesquisador transcenda a mera descrição estatística ou demográfica de fatores de risco isolados, avançando em direção à compreensão das dinâmicas macroestruturais de poder que geram o acolhimento fraturado na ponta do sistema. A análise documental das portarias e relatórios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023) foi, assim, confrontada com as evidências empíricas extraídas da literatura,

consolidando panorama metodologicamente sustentável, crítico e propositivo sobre a inclusão na saúde pública.

A relevância de demarcar este percurso metodológico reside no compromisso com a replicabilidade e com a transparência do processo de produção do conhecimento em saúde coletiva. A articulação entre a hermenêutica crítica e a sistematização documental garante que os desafios apontados e as perspectivas sugeridas nas seções seguintes estejam ancorados em achados científicos validados por pares e na legislação sanitária vigente, afastando o capítulo do senso comum para firmá-lo como contribuição técnico-científica rigorosa à coletânea.

Análise e discussão dos dados encontrados

Desafios estruturais, comunicacionais e de gestão para um SUS mais inclusivo

Os estudos selecionados distribuem-se em três eixos diretamente ligados aos objetivos deste capítulo: desafios estruturais, barreiras comunicacionais e caminhos gerenciais-formativos para um SUS mais diverso e inclusivo. Em conjunto, eles sustentam com solidez a crítica às barreiras sistêmicas, mas oferecem apoio mais indireto ao fortalecimento do controle social, dimensão que aparece menos desenvolvida no corpus analisado.

Desafios estruturais

Os estudos convergem no entendimento de que a desigualdade no cuidado não decorre apenas de atitudes individuais, mas de arranjos institucionais, sociais e organizacionais que reproduzem exclusão (HAYVON, 2024; SANT'ANA *et al.*, 2024). Hayvon (2024) oferece a base conceitual mais robusta para essa leitura ao tratar as iniquidades em saúde como fenômenos interligados a desigualdades sociais, econômicas e políticas, que exigem abordagem interdisciplinar e sistêmica. Sant'Ana *et al.* (2024) reforçam que marcos clínicos e de pesquisa ainda não incorporam

adequadamente equidade, diversidade e inclusão, o que limita a capacidade de identificar como marcadores sociais moldam desfechos em saúde. Nessa direção, três achados se destacam: a distribuição desigual do cuidado, da formação e dos recursos configura-se como barreira estrutural central (DIAZ-NAVARRO *et al.*, 2024); diferenças geográficas, socioeconômicas, étnicas e culturais afetam diretamente o acesso e os resultados em saúde (DIAZ-NAVARRO *et al.*, 2024; SANT'ANA *et al.*, 2024); e as tecnologias em saúde, se por um lado podem reduzir barreiras, por outro tendem a ampliar exclusões quando desconsideram o acesso digital e o letramento dos usuários (DONG *et al.*, 2025).

A prevalência do modelo biomédico e normalizador constitui outro achado relevante: Verzolla (2023) e Iglesias *et al.* (2022) argumentam criticamente que a saúde pública brasileira permanece impregnada pelo paradigma biomédico e clínico-terapêutico. Verzolla (2023) aponta que, na pauta da surdez, as políticas ainda se concentram quase exclusivamente no acesso a tecnologias auditivas e à reabilitação — voltadas a “normalizar” o sujeito —, em detrimento da garantia da acessibilidade comunicacional e do direito à diferença.

As barreiras de comunicação direta e o despreparo profissional também se mostram centrais. Rodrigues, Lago e Paz (2023) identificaram graves barreiras na comunicação entre profissionais de saúde e usuários surdos: a falta de proficiência em Libras e a escassez de intérpretes comprometem o diagnóstico correto, violam o sigilo e a autonomia do paciente e provocam absenteísmo ou afastamento desse público das unidades de saúde. Em direção semelhante, Castro *et al.* (2025) destacam os ruídos semióticos e linguísticos que atravessam a interação com comunidades indígenas.

Por fim, o ruído no diálogo entre gestão e serviços — descrito por Iglesias *et al.* (2022) como a sensação de “falar para um vazio” — evidencia a crise gerencial do SUS, agravada pelo

desmantelamento das redes públicas e pela hegemonia biomédica. A ausência de canais reais de cogestão gera desencontros entre as equipes de ponta e os gestores, produzindo um ambiente no qual as diretrizes inclusivas não chegam, de fato, ao cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.

Desafios comunicacionais

A dimensão comunicacional aparece, no corpus analisado, menos como atributo individual de “fala profissional” e mais como capacidade sistêmica de reconhecer diferenças sociais, culturais, linguísticas e tecnológicas na relação com os usuários. Sant'Ana *et al.* (2024) mostram que frameworks como o *PROGRESS-Plus* permitem operacionalizar variáveis como território, raça, ocupação, gênero, educação e capital social, tornando visíveis desigualdades habitualmente invisibilizadas. Dong *et al.* (2025) acrescentam que a exclusão comunicacional é hoje também digital: sem desenho inclusivo, as tecnologias dificultam o uso por pessoas idosas e outros grupos vulneráveis. Complementarmente, a invisibilização de grupos marginalizados compromete a equidade comunicacional do cuidado (HAYVON, 2024); o envolvimento de pessoas com experiência vivida melhora a produção de materiais e estratégias mais acessíveis (SANT'ANA *et al.*, 2024); e a comunicação inclusiva precisa considerar barreiras digitais, cognitivas, territoriais e culturais, e não apenas a linguagem técnica (DONG *et al.*, 2025).

Caminhos gerenciais e formativos

Os artigos analisados apoiam, de modo consistente, a proposta de reestruturação da formação profissional. O consenso global sobre simulação em saúde mostra que os sistemas enfrentam liderança inadequada, baixa *prioridade* para atividades educativas, investimento insuficiente em desenvolvimento profissional e fraca colaboração centrada no paciente (DIAZ-NAVARRO *et al.*, 2024); em resposta, defende-se a integração sustentada da simulação ao

ensino, ao trabalho interprofissional e à melhoria de sistemas, com suporte institucional e governamental. Sant'Ana *et al.* (2024) apontam, ainda, que a coprodução com usuários e a mobilização do conhecimento devem atravessar todo o processo de pesquisa e prática. Nessa direção, três diretrizes se destacam: a formação deve incorporar equidade, interseccionalidade e prática reflexiva como competências centrais (HAYVON, 2024); as estratégias educacionais precisam ser sustentáveis, contextuais e apoiadas por gestão e financiamento (DIAZ-NAVARRO *et al.*, 2024); e a governança mais promissora é multiator e colaborativa, com participação social desde o desenho até a implementação das políticas (DONG *et al.*, 2025).

Quadro 1 — Síntese crítica dos estudos encontrados

Eixo do objetivo	Contribuição dos artigos	Limitação para o estudo
Estrutural	Boa base teórica e organizacional sobre iniquidades sistêmicas	Pouca evidência específica do SUS
Comunicacional	Mostram invisibilização social e exclusão digital	Comunicação clínica no SUS é tratada indiretamente
Gerencial-formativo	Forte apoio à reforma da formação e à governança institucional	Controle social aparece mais como coprodução do que participação social formal

Controle social	Há suporte para participação de usuários e coprodução	Falta discussão direta sobre conselhos, participação popular e pactuação no SUS
-----------------	---	---

Fonte: elaborado pelos autores (2026).

No conjunto, os artigos analisados sustentam a hipótese de que os obstáculos à inclusão no SUS são estruturais, interseccionais e gerenciais, e reforçam a reestruturação da formação profissional como caminho central para sua superação — ainda que o fortalecimento do controle social, terceiro objetivo deste capítulo, demande fontes complementares às analisadas neste eixo, retomadas adiante nos itens 4.2.2 e 4.2.3.

Perspectivas para uma saúde pública inclusiva

A radicalização da Política Nacional de Humanização e a Clínica Ampliada

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), a humanização não deve ser compreendida como apêndice retórico, conjunto de dinâmicas motivacionais ou verniz de cordialidade para mitigar as asperezas do cotidiano hospitalar e ambulatorial. Ela constitui diretriz metodológica de intervenção na micropolítica do trabalho em saúde, voltada a alterar profundamente as relações de poder, os modos de gestão e os processos de produção do cuidado. Em uma rede de serviços pautada pelo respeito à diversidade, a humanização atua como dispositivo capaz de converter a engrenagem burocrática dos hospitais em espaços de escuta qualificada, acolhimento e validação das subjetividades.

O principal eixo operacional para essa transformação reside na implementação rigorosa do acolhimento com avaliação e classificação de risco, despida de sua captura gerencialista. Na maioria dos complexos hospitalares contemporâneos, o acolhimento foi degradado e reduzido a uma triagem mecânica, centrada apenas na aferição de sinais vitais e na ordenação algorítmica de filas de espera com base em queixas biológicas isoladas (CAMPOS, 2021). Para construir uma perspectiva inclusiva, o acolhimento precisa ser resgatado como postura ética que se inicia no momento em que o usuário cruza as portas da instituição, independentemente do nível de complexidade do caso. Significa instituir uma escuta que não se restrinja à decodificação de sintomas, mas que leia e interprete as vulnerabilidades sociais, os marcadores de gênero, as heranças culturais e os sofrimentos psíquicos que acompanham o corpo enfermo, deslocando a centralidade do procedimento para o sujeito e flexibilizando o tempo institucional para abrigar a complexidade das demandas humanas.

Essa mudança metodológica ganha sustentação teórica na operacionalização da Clínica Ampliada, conceito que propõe a superação do diagnóstico puramente nosológico e a inclusão das variáveis do contexto de vida do paciente no plano terapêutico (MERHY, 2022). Em um sistema que acolhe a diversidade dos usuários, a Clínica Ampliada exige que a equipe multiprofissional considere como os determinantes sociais da saúde afetam a capacidade de autocuidado e de resposta biológica do indivíduo — não para desvalorizar o saber médico ou a eficácia farmacológica, mas para subordiná-los a um projeto terapêutico singular, coconstruído entre trabalhador e usuário. Ao horizontalizar a relação terapêutica e conferir protagonismo ao paciente, a clínica humanizada neutraliza a assimetria do poder médico-centrado e cria um território culturalmente seguro, no qual identidades dissidentes, corpos periféricos e populações tradicionais podem expressar suas demandas sem temor de estigmatização ou violência institucional.

Por fim, a transversalização da PNH em toda a rede assistencial funciona como antídoto contra o isolamento e o adoecimento das próprias equipes de trabalhadores. A micropolítica do *trabalho vivo em ato* demonstra que instituições geridas de forma autoritária e focadas unicamente em metas quantitativas de produção geram ambientes de trabalho precarizados, que favorecem a reprodução automática de vieses inconscientes e posturas defensivas excludentes por parte dos profissionais (GOMES; SILVA, 2024). Quando, ao contrário, a humanização penetra os espaços de cogestão hospitalar, estimulando a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão e na análise crítica de seus próprios processos de trabalho, ela fomenta a corresponsabilidade e a sensibilidade ética. Um ambiente de trabalho psicologicamente seguro e reflexivo é, assim, condição material para que os profissionais consigam acolher a alteridade e oferecer cuidado sensível à diversidade, consolidando o SUS como espaço democrático de promoção da dignidade humana.

A reforma da formação universitária e a consolidação da Educação Permanente em Saúde

A sustentabilidade de longo prazo de qualquer proposta assistencial inclusiva e atenta à pluralidade dos usuários pressupõe a reestruturação dos modelos de formação técnica e superior e a consolidação definitiva da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de gestão. As matrizes curriculares da maioria das graduações em saúde no Brasil — incluindo Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social — permanecem atreladas ao paradigma biomédico hegemônico, caracterizando-se por viés hiperespecializado, biologicista e fragmentado (LIMA *et al.*, 2024). O ensino superior em saúde tem demonstrado histórica refratariedade para incorporar, de forma orgânica e transversal, as discussões sobre direitos humanos, determinantes sociais, relações étnico-raciais, identidades de gênero e orientação sexual: os profissionais são

rotineiramente diplomados com alta capacidade técnica para o manejo de tecnologias duras, mas com pouca preparação conceitual e relacional para lidar com as interseccionalidades que definem a experiência real de adoecimento.

Essa lacuna na formação de base resulta na reprodução mecânica de assimetrias e preconceitos institucionais quando os profissionais ingressam no mercado de trabalho da rede pública. Para mitigar esse panorama, torna-se necessária a intervenção do Estado, articulando o Ministério da Saúde e as instituições de ensino, de modo a incluir as diretrizes de equidade nas avaliações curriculares e nos estágios práticos dentro do SUS. Contudo, como a transformação dos currículos universitários obedece a tempo político lento, a resposta imediata para a qualificação do atendimento em hospitais e ambulatórios reside na capilarização e no financiamento robusto de programas de Educação Permanente em Saúde, operacionalizados diretamente nos territórios institucionais (GOMES; SILVA, 2024). Diferentemente da educação continuada tradicional, baseada na transmissão passiva de saberes atualizados por meio de cursos e palestras isoladas, a EPS adota o próprio cotidiano do trabalho e os problemas práticos vivenciados pelas equipes como objeto central de reflexão pedagógica e crítica.

A riqueza metodológica da educação permanente reside em sua capacidade de reunir a equipe multiprofissional — médicos, enfermeiros, recepcionistas, assistentes sociais e técnicos — em rodas de conversa estruturadas para analisar as fraturas assistenciais e as falhas no acolhimento à diversidade que ocorrem no cotidiano da unidade de saúde. Sob esse prisma pedagógico, um episódio de racismo institucional, a desconsideração do nome social de um paciente trans na recepção de um pronto-socorro ou a incompreensão de um diagnóstico por falta de acessibilidade comunicacional tornam-se temas geradores de aprendizado coletivo (SANTOS; LIMA; COSTA, 2024). As equipes são estimuladas a desconstruir seus próprios vieses inconscientes, mapear suas

resistências atitudinais e desenvolver, de forma colaborativa, novas tecnologias leves de cuidado que respondam de maneira empática e resolutiva à pluralidade dos usuários. A EPS atua, portanto, como motor de reforma cultural interna nas instituições, convertendo a burocracia sanitária em comunidade de prática reflexiva voltada à equidade.

Além de combater preconceitos atitudinais, a qualificação contínua dos trabalhadores deve investir na instrumentalização técnica para o manejo de ferramentas de acessibilidade e letramento em saúde. Conforme apontam Mendonça e Rodrigues (2022), a comunicação inclusiva deve ser ensinada como competência clínica tão vital quanto a semiologia médica, capacitando as equipes para traduzir o jargão científico em linguagem acessível a populações de baixa escolaridade, garantir a presença e a fluência de intérpretes de Libras nos serviços de urgência e construir protocolos de atendimento culturalmente seguros para migrantes e comunidades tradicionais. Nessa direção, Rosa (2025) propõe o letramento racial como estratégia formativa crítica e contínua para enfrentar as desigualdades étnico-raciais e o racismo estrutural nas relações de cuidado no SUS, ao passo que Castro *et al.* (2024, 2025) fundamentam a urgência de uma formação intercultural — incluindo conteúdos semióticos, linguísticos e ações afirmativas para a retenção e a formação de enfermeiros indígenas —, capaz de garantir atendimento bilíngue e verdadeiramente inclusivo.

O fortalecimento do controle social

No que se refere à garantia da equidade e da democracia nos territórios, os anais do 16º Congresso Internacional da Rede Unida (2025) destacam que o alcance de um atendimento equânime depende diretamente do fortalecimento do controle social e da democracia participativa, construindo-se na articulação entre educação, trabalho e participação comunitária. Já sob a perspectiva histórica, ao analisar as Conferências Nacionais e Municipais de

Saúde de São Paulo entre 1988 e 2020, Verzolla (2023) conclui que esses espaços representaram o principal instrumento político para pautar as demandas reprimidas da população com deficiência e do movimento social surdo. A autora pontua, contudo, um hiato histórico persistente: mesmo quando o controle social aprova diretrizes inclusivas e garante avanços legais, a gestão pública falha, reiteradamente, em traduzir essas deliberações em práticas operacionais na ponta dos serviços.

Governança epidemiológica: sistemas de informação, visibilidade estatística e interseccionalidade

A efetivação de um atendimento diverso e inclusivo está umbilicalmente vinculada ao amadurecimento técnico de uma governança epidemiológica que adote a interseccionalidade como matriz norteadora de seus sistemas de informação. Na tradição da epidemiologia clássica, de cunho funcionalista, os dados demográficos são frequentemente coletados e tratados de forma isolada, gerando estatísticas áridas que apagam as sobreposições de vulnerabilidades que afetam os sujeitos reais (BREILH, 2021). Para construir uma perspectiva inclusiva na gestão do SUS, é urgente reformar as ferramentas de captação de dados, exigindo que prontuários eletrônicos, fichas de notificação compulsória e cadastros hospitalares preencham de forma obrigatória e qualificada os quesitos referentes à raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, território e presença de deficiências.

A relevância de garantir o preenchimento sistemático dessas variáveis identitárias ancora-se na necessidade de romper com a histórica invisibilidade epidemiológica que penaliza as minorias sociais e distorce o planejamento orçamentário e assistencial do Estado. Oliveira *et al.* (2023) advertem que o que não é quantificado pelos sistemas de informação do SUS simplesmente deixa de existir para a engenharia de planejamento governamental, resultando em linhas de cuidado homogeneizantes que falham em alcançar os

estratos populacionais em maior vulnerabilidade. A produção de dados estatísticos fidedignos e desagregados permite que gestores de hospitais e redes especializadas cruzem variáveis interseccionais e identifiquem, por exemplo, que determinado agravo oncológico ou cardiovascular apresenta letalidade desproporcionalmente elevada entre mulheres negras periféricas, ou que a população idosa LGBTQIA+ enfrenta barreiras específicas de isolamento institucional na rede de cuidados paliativos.

O acesso a evidências geradas por uma epidemiologia interseccional modifica qualitativamente a tomada de decisão na gestão em saúde. Em vez de alocar recursos de forma linear e indiferenciada — prática que tende a reproduzir e aprofundar as iniquidades existentes —, os gestores passam a dispor de ferramentas analíticas para direcionar investimentos estruturais e humanos de maneira equitativa, priorizando os gargalos assistenciais mapeados pelas estatísticas de equidade (MACHADO, 2023). A governança orientada por dados de diversidade viabiliza, ainda, o desenho de intervenções preventivas culturalmente customizadas, que respeitem as crenças, os hábitos e as linguagens de cada segmento populacional, elevando a resolutividade das ações de saúde coletiva e otimizando a aplicação do erário público.

Adicionalmente, a transparência na divulgação desses indicadores constitui exigência democrática indispensável para subsidiar o controle social e a fiscalização pelos órgãos de controle e pela sociedade civil organizada. Conforme apontam Souza *et al.* (2021), a publicização de relatórios periódicos sobre o impacto do racismo institucional, da LGBTfobia e das barreiras comunicacionais nos desfechos clínicos retira o debate sobre inclusão da esfera do ativismo ideológico e o reposiciona no campo da responsabilidade técnico-científica e jurídica do Estado. A governança epidemiológica inclusiva consolida-se, assim, como instrumento metodológico que confere materialidade ao princípio da integralidade, fornecendo a inteligência gerencial necessária para que o SUS enxergue a

pluralidade de seus usuários e desenhe uma rede de atenção que cure as patologias biológicas sem apagar as identidades humanas.

Engenharia de Resiliência, ergonomia e acessibilidade: uma leitura complementar para a segurança do paciente diverso

Os desafios estruturais e gerenciais discutidos nas seções anteriores — fragmentação do cuidado, subfinanciamento, cultura organizacional refratária à mudança e barreiras comunicacionais — podem também ser lidos sob a ótica da Engenharia de Resiliência (ER) e da Ergonomia, campos que oferecem ferramentas conceituais e metodológicas para compreender como os serviços de saúde se adaptam, cotidianamente, às variabilidades do trabalho real. Essa aproximação teórica é particularmente relevante para o objetivo deste capítulo de propor caminhos gerenciais e formativos: se a equidade depende da capacidade institucional de reconhecer e responder à diversidade dos usuários, a resiliência organizacional oferece um vocabulário técnico para descrever como — e sob quais condições — essa capacidade adaptativa se sustenta ou se rompe.

A relação entre Engenharia de Resiliência e acessibilidade tem ganhado destaque nos estudos contemporâneos sobre segurança, qualidade e inclusão em sistemas complexos, especialmente nos serviços de saúde. Essa articulação permite compreender como os sistemas sociotécnicos podem se adaptar às variabilidades do trabalho real e, ao mesmo tempo, garantir condições de participação equitativa para pessoas com deficiência (AZADEH *et al.*, 2017). No contexto dos sistemas de saúde, a literatura demonstra que a resiliência organizacional se manifesta cotidianamente nas práticas de profissionais que lidam com alta demanda assistencial, escassez de recursos, comunicação complexa e necessidade constante de tomada de decisão em tempo reduzido. Segundo Shumilina (2025), a Ergonomia aplicada ao setor de saúde contribui para a proteção dos profissionais e para a melhoria da

qualidade da assistência ao analisar e reorganizar as condições reais de trabalho.

Nesse cenário, a capacidade de adaptação dos profissionais torna-se fundamental para garantir a continuidade e a segurança do cuidado. Estudos indicam que a resiliência não deve ser compreendida apenas como resposta a crises excepcionais, mas como capacidade cotidiana de reorganização e adaptação que permite manter a qualidade da assistência mesmo em contextos de instabilidade operacional (WHO, 2020; ARCURI *et al.*, 2021; WIIG; O'HARA, 2021; ANDERSON; REASON; WIIG, 2021). Para Kruk *et al.* (2015), essa perspectiva amplia a compreensão tradicional da segurança do paciente ao enfatizar não apenas a prevenção de falhas, mas também a capacidade do sistema de adaptar-se às variabilidades inerentes ao trabalho real. Em sistemas sociotécnicos complexos — hospitais, unidades de pronto atendimento e serviços pré-hospitalares —, os profissionais precisam ajustar continuamente suas práticas diante de condições imprevisíveis, pressões organizacionais e limitações estruturais; assim, a resiliência hospitalar envolve a capacidade das organizações de saúde de se preparar, responder, adaptar-se e recuperar-se de eventos adversos, mantendo a continuidade e a qualidade da assistência prestada (KHALIL *et al.*, 2022).

A pandemia de covid-19 evidenciou a necessidade de fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde para garantir cobertura universal e segurança sanitária (WHO, 2020). De modo mais abrangente, a resiliência passa, assim, a ser entendida como atributo emergente das interações entre indivíduos, tecnologias, processos e estruturas organizacionais — associada à capacidade de aprendizagem contínua, à adaptação organizacional e à tomada de decisão distribuída entre os diferentes níveis do sistema. Sistemas resilientes, portanto, não apenas reagem a crises: desenvolvem mecanismos de antecipação e preparação para lidar com desafios futuros.

A literatura científica tem buscado aprofundar a compreensão dos mecanismos que sustentam a resiliência organizacional em ambientes clínicos complexos. Estudos indicam que práticas gerenciais e estratégias de coordenação institucional desempenham papel central na ampliação da capacidade adaptativa dos serviços de saúde (GLETTE *et al.*, 2025). De forma complementar, abordagens integradas que utilizam métodos como o *Functional Resonance Analysis Method (FRAM)* têm sido empregadas para analisar a propagação de variabilidades e compreender como perturbações afetam o funcionamento dos sistemas assistenciais (PATRIARCA; DI GRAVIO; COSTANTINO, 2017; SUN; YANG; WANG, 2024). Segundo Hollnagel (2018), sistemas resilientes são aqueles capazes de antecipar, monitorar, responder e aprender continuamente, permitindo que os profissionais ajustem seu desempenho às condições reais de trabalho — o que desloca o foco de uma visão centrada exclusivamente na prevenção de erros para uma abordagem orientada ao fortalecimento das capacidades adaptativas do sistema.

Paralelamente a essas discussões, a literatura internacional e nacional aponta iniciativas crescentes voltadas à promoção da acessibilidade em saúde para usuários surdos, especialmente por meio do reconhecimento e da utilização de línguas de sinais. Desde o início dos anos 2000, estudos destacam a importância da comunicação acessível para garantir o direito à saúde e promover maior autonomia para essa população (YOUNG; ACKERMAN, 2001; COSTA *et al.*, 2009). Pesquisas realizadas em diferentes países — Estados Unidos, Reino Unido, Itália e Brasil — revelam similaridades nas dificuldades enfrentadas por pacientes surdos no acesso aos serviços de saúde, entre as quais se destacam a ausência de tradutores e intérpretes de língua de sinais, a escassez de profissionais capacitados em comunicação acessível e a dependência de familiares ou acompanhantes para mediação da comunicação clínica (CLERCK, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020a, 2020b).

Essas barreiras comunicacionais, presentes desde a infância na trajetória de pessoas surdas, podem comprometer significativamente a qualidade da assistência, dificultando a compreensão de diagnósticos, tratamentos e orientações médicas (PECE *et al.*, 2023). O acesso à língua de sinais no contexto da saúde torna-se, assim, elemento fundamental para garantir a segurança do paciente surdo e para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A discussão sobre acessibilidade comunicacional pode ainda ser ampliada a partir da integração com os princípios da Ergonomia, especialmente no que se refere à análise das condições reais de trabalho nos serviços de saúde. A Ergonomia busca compreender a atividade humana em sua complexidade, considerando as interações entre trabalhadores, tecnologias, ambientes e processos organizacionais (ABRAHÃO *et al.*, 2009). Nesse contexto, a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) permite identificar como os profissionais adaptam suas práticas para lidar com variabilidades do sistema e limitações estruturais (ZAYAS-CABÁN; VALDEZ; SAMARTH, 2023) — adaptações particularmente evidentes quando profissionais precisam atender pacientes surdos sem dispor de recursos comunicacionais adequados, como tradutores e intérpretes de Libras ou ferramentas de mediação linguística. Essas adaptações constituem elemento central para compreender a resiliência no trabalho em saúde, pois revelam como os trabalhadores desenvolvem estratégias para compensar falhas estruturais, reorganizar fluxos e manter a funcionalidade dos serviços — ajustes operacionais frequentemente invisíveis nos protocolos formais, mas que desempenham papel decisivo na manutenção da segurança e da continuidade do cuidado (WOODS, 2020).

Em ambientes de urgência e emergência, onde predominam situações imprevisíveis e elevada pressão temporal, essas capacidades adaptativas tornam-se ainda mais relevantes. A integração entre Ergonomia e Engenharia de Resiliência permite,

portanto, compreender de forma mais abrangente como os sistemas de saúde lidam com variabilidades operacionais e como podem ser desenvolvidas intervenções que promovam ambientes mais acessíveis, seguros e preparados para atender à diversidade linguística e cultural presente no SUS (NUNES *et al.*, 2023; FREITAS; CARVALHO, 2022). Lidas em conjunto com os achados discutidos nas seções 4.1 e 4.2, essas contribuições reforçam a tese central deste capítulo: a equidade em saúde não se sustenta apenas em diretrizes normativas, mas depende da capacidade adaptativa, formativa e comunicacional que as instituições do SUS conseguem, de fato, mobilizar no cotidiano do cuidado.

Considerações finais

O capítulo evidencia que, embora a consolidação do Sistema Único de Saúde configure marco civilizatório e democrático na garantia do acesso universal à saúde, a efetivação do princípio da equidade ainda enfrenta barreiras estruturais e operacionais complexas. Assegurar uma práxis assistencial pautada no respeito às diversidades pressupõe reconhecer que a igualdade formal de acesso é insuficiente para mitigar as assimetrias históricas forjadas pelos determinantes sociais da saúde.

As reflexões teóricas aqui desenvolvidas, corroboradas pelos resultados da revisão realizada, apontam para a persistência de uma lacuna expressiva entre o arcabouço normativo macroestratégico voltado à promoção da equidade e a micropolítica do cuidado nos serviços de saúde. O cotidiano da atenção permanece hegemonicamente orientado pelo modelo biomédico, cuja racionalidade tecnocêntrica e fragmentada tende a invisibilizar as singularidades culturais, étnico-raciais, de gênero e de funcionalidade dos sujeitos — o que, por vezes, faz a atuação institucional corroborar a reprodução de violências sistêmicas, comprometendo a dimensão ético-política do acolhimento.

Para intervir sobre essa dissonância entre o plano das diretrizes e o cotidiano assistencial, o enfrentamento do subfinanciamento histórico do SUS deve estar articulado a estratégias perenes de transformação da cultura organizacional. Nesse sentido, ressalta-se a centralidade da Educação Permanente em Saúde como dispositivo pedagógico capaz de tensionar estigmas estruturais e qualificar os trabalhadores para uma atuação dialógica, voltada ao letramento em saúde e à garantia de direitos. Torna-se imprescindível, também, o aprimoramento da vigilância e da governança dos dados epidemiológicos: a qualificação dos sistemas de informação, mediante o preenchimento sistemático e obrigatório de marcadores sociais como raça/cor, etnia e identidade de gênero, configura-se como pressuposto metodológico e político para retirar grupos historicamente vulnerabilizados da invisibilidade estatística, viabilizando o monitoramento e a avaliação das ações afirmativas em saúde. Complementarmente, a incorporação dos referenciais da Engenharia de Resiliência e da Ergonomia às políticas de equidade oferece caminhos concretos para qualificar a capacidade adaptativa dos serviços diante da diversidade dos usuários, associando a agenda da inclusão à agenda da segurança do paciente.

Conclui-se que a equidade não se contrapõe ao pressuposto da universalidade, mas constitui sua própria condição de materialidade. Apenas mediante o compromisso irrevogável com a justiça social e com a qualificação do *trabalho vivo em ato* será possível forjar um sistema que transcenda a lógica estritamente curativista, operando o cuidado a partir da complexidade e da pluralidade inerentes à condição humana.

Referências

ABRAHÃO, J. *et al.* **Introdução à ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo: Blucher, 2009.

ALMEIDA, R. S.; COSTA, M. A. Equidade e determinantes sociais da saúde: análise das barreiras no acolhimento institucional do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 3, p. 45-58, 2022.

ANDERSON, J.; REASON, J.; WIIK, S. **Resilience in Healthcare: Concepts, Frameworks and Challenges**. [S. l.]: Springer, 2021.

ARCURI, R. *et al.* On the brink of disruption: Applying Resilience Engineering to anticipate system performance under crisis. **Reliability Engineering & System Safety**, v. 211, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ress.2021.107520>.

AZADEH, A. *et al.* Performance optimization of integrated resilience engineering and lean production principles. **Expert Systems with Applications**, v. 84, p. 155-170, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2017.05.012>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Nacional sobre as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 2. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2021.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a saúde coletiva e a medicina biomédica: o desafio da humanização e do cuidado integral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5315-5324, 2021.

CARVALHO, L. F. *et al.* O impacto dos vieses inconscientes e do racismo institucional na qualidade do atendimento à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, e001422, 2023.

CASTRO, N. J. C. de *et al.* Training of Brazilian indigenous nurses: between human rights, valuing diversity and inclusion. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 5, e20230430, 2024.

CASTRO, N. J. C. de *et al.* A linguística e a semiótica na formação e atuação de indígenas e não indígenas na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 59, 2025.

CLERCK, G. A. M. A sustainability perspective on the potentialities of being deaf: Toward further reflexivity in deaf studies and deaf education. **American Annals of the Deaf**, v. 163, n. 4, p. 480-489, 2018.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 16., 2025. Anais [...]. As mil e uma saúdes dos territórios: cuidados, bem viver, liberdade

e democracia como atributos éticos da educação e do trabalho no SUS. **Saúde em Redes**, v. 10, supl. 2, 2025.

COSTA, L. S. M. *et al.* O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, p. 166-170, 2009. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a166-170.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2026.

DIAZ-NAVARRO, C. *et al.* Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. **Advances in Simulation**, v. 9, 2024. <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00288-1>.

DONG, J. *et al.* Challenges and experiences in digital health equity: a qualitative exploration of the implementation of the Health Code system in China. **International Journal for Equity in Health**, v. 24, 2025. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02720-y>.

FREITAS, C. M.; CARVALHO, P. V. R. Resiliência e gestão de risco em serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022.

GLETTE, M. K. *et al.* A systematic literature review of the relationship between management and resilience in healthcare. **Applied Ergonomics**, v. 128, p. 104554, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2025.104554>.

GOMES, R.; SILVA, M. V. Educação permanente em saúde e diversidade: qualificando o cuidado para a população geral. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 22, n. 1, p. 89-104, 2024.

HAYVON, J. C. Action against inequalities: a synthesis of social justice & equity, diversity, inclusion frameworks. **International Journal for**

Equity in Health, v. 23, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02141-3>.

HOLLNAGEL, E. *Safety-II in Practice: developing resilience in healthcare*. London: CRC Press, 2018.

IGLESIAS, A. *et al.* Relações entre profissionais da gestão e dos serviços: falar para um vazio? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022.

KHALIL, M. *et al.* What is "hospital resilience"? A scoping review on conceptualization, operationalization, and evaluation. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 1009400, 2022. doi: 10.3389/fpubh.2022.1009400.

KRUK, M. *et al.* What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola. **The Lancet**, v. 385, n. 9980, p. 1910-1912, 2015.

LIMA, T. C. *et al.* Formação profissional em saúde e direitos humanos: lacunas e perspectivas nos currículos acadêmicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. 1-17, 2024.

MACHADO, C. V. O sistema de saúde brasileiro em debate: universalidade, financiamento e os desafios da equidade contemporânea. **Revista de Administração Pública**, v. 57, n. 2, p. 211-230, 2023.

MENDONÇA, A. V.; RODRIGUES, M. A. Letramento em saúde e comunicação inclusiva na rede do SUS: um direito humano fundamental. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, n. 2, p. 142-156, 2022.

MERHY, E. E. O trabalho em saúde e suas micropolíticas: as tecnologias leves e o acolhimento na rede assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 102-115, 2022.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Fundamentos da pesquisa qualitativa em saúde coletiva**. 3. ed. Porto: Editorial Open, 2021.

NUNES, J. *et al.* Condições de trabalho e resiliência no SAMU fluvial. **Saúde em Debate**, 2023.

OLIVEIRA, J. A. *et al.* Invisibilidade epidemiológica: a urgência da coleta de dados de raça, gênero e orientação sexual nos sistemas de informação do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, n. 2, p. 67-83, 2023.

PAIM, J. S. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 33 anos: conquistas, desafios e perspectivas de futuro. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 255-267, 2021.

PATRIARCA, R.; DI GRAVIO, G.; COSTANTINO, F. A Monte Carlo evolution of the *Functional Resonance Analysis Method (FRAM)* to assess performance variability in complex systems. **Safety Science**, v. 91, p. 49-60, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.07.016>.

PECE, A. *et al.* Designing inclusion: a smart learning ecosystem for hearing parents of deaf children. **Interaction Design & Architecture(s)**, n. 55, p. 109-122, 2023.

PEREIRA, A. A. C. *et al.* “Meu Sonho É Ser Compreendido”: uma análise da interação médico-paciente surdo durante assistência à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, e121, 2020a. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200028>.

PEREIRA, M. A. *et al.* Acessibilidade linguística para surdos na saúde. **Interface**, 2020b.

RODRIGUES, G. S.; LAGO, D. C.; PAZ, N. M. S. Sistema Único de Saúde: acessibilidade das pessoas surdas no interior da Bahia. **RECIIS**, v. 17, n. 4, p. 815-834, 2023.

ROSA, P. L. F. S. O letramento racial como proposta formativa crítica na enfermagem: uma reflexão. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 24, supl. 2, 2025.

SANT'ANA, T. T. *et al.* A PROGRESS-driven approach to cognitive outcomes after traumatic brain injury: a study protocol for advancing equity, diversity, and inclusion through knowledge synthesis and mobilization. **PLOS ONE**, v. 19, e0307418, 2024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307418>.

SANTOS, A. M.; LIMA, B. C.; COSTA, D. F. Desafios no acolhimento à diversidade: uma análise das barreiras institucionais no SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, n. 1, p. 45-62, 2024.

SHUMILINA, E. Ergonomics in healthcare: protecting providers, enhancing patient care. **Journal of Ergonomics**, 2025. Disponível em: <https://www.longdom.org/open-access/ergonomics-in-healthcare-protecting-providers-enhancing-patient-care-1102499.html>. Acesso em: 10 fev. 2026.

SILVA, J. R.; OLIVEIRA, M. S. Determinantes sociais e equidade: os caminhos para a inclusão na saúde pública contemporânea. **Anais do Instituto de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 112-128, 2022.

SOUZA, F. A. *et al.* A microfísica da exclusão: práticas assistenciais e a invisibilização da diversidade na rede de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, e00123421, 2021.

SUN, H.; YANG, M.; WANG, H. An integrated approach to quantitative resilience assessment in process systems. **Reliability Engineering & System Safety**, v. 243, p. 109878, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.ress.2023.109878>.

VERZOLLA, B. L. P. **Políticas públicas e acessibilidade para surdos na rede de saúde do município de São Paulo: uma visão histórica a partir da criação do SUS (1988-2020)**. 2023. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

WHO. World Health Organization. **Building Health Systems Resilience**. Geneva: WHO, 2020.

WIIG, K.; O'HARA, J. **Resilient health care**. Boca Raton: CRC Press, 2021.

WOODS, D. The theory of graceful extensibility. *Safety Science*, 2020.
YOUNG, A. M.; ACKERMAN, J. Reflections on Validity and Epistemology in a Study of Working Relations Between Deaf and Hearing Professionals. **Qualitative Health Research**, v. 11, n. 2, p. 179-189, 2001.

ZAYAS-CABÁN, T.; VALDEZ, R. S.; SAMARTH, A. Automation in health care: the need for an ergonomics-based approach. **Ergonomics**, v. 66, n. 11, p. 1768-1781, 2023.

