

**POLÍTICAS DE SAÚDE E DESIGUALDADE – DETERMINANTES SOCIAIS E BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-082>

**Data de submissão:** 08/03/2025

**Data de publicação:** 08/04/2025

**Antonio Nacílio Sousa dos Santos**

Doutorando em Ciências Sociais  
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)  
Horizonte, Ceará – Brasil.  
E-mail: naciliosantos@gmail.com

**Carlos Lopatiuk**

Doutor em Ciências Sociais  
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)  
Curitiba, Paraná – Brasil.  
E-mail: carloslopatiuk@yahoo.com.br

**Ticiano Magalhães Dantas**

Mestre em Saúde da Família/RENASF  
Universidade Regional do Cariri (URCA)  
Crato, Ceará – Brasil.  
E-mail: ticiano.mdantas@upe.br

**Alan Judson Zaidan de Sousa**

Graduando em Medicina  
Faculdade Ciências da Saúde Pitágoras  
Codó, Maranhão – Brasil.  
E-mail: alanjudson\_zaidan@outlook.com

**Andréia Ferreira de Souza**

Especialista e em Saúde Pública  
Universidade Estácio de Sá (UNESA)  
Parnamirim, Rio Grande do Norte – Brasil.  
E-mail: andreia\_renier@hotmail.com

**Paulo Honorato de Souza**

Mestre em Serviço Social e Desenvolvimento Regional (PPGSSDR)  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Niterói, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: honoratopaulo.as@gmail.com

**Lindemberg da Silva Maia**

Mestrando em Saúde da Família  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)  
Russas, Ceará – Brasil.  
E-mail: lindembergmaiapsy@gmail.com

**Marcela Deyse Castro Lima**  
Mestranda em Saúde da Família  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)  
Redenção, Ceará – Brasil.  
E-mail; marcelalimapsic@gmail.com

**Aparecida Heliane Cavalcante Oliveira**  
Mestranda em Saúde da Família  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)  
Boa Viagem, Ceará – Brasil.  
E-mail: helianecavalcante347@gmail.com

**Natália de Paula Bessa Alencar**  
Mestranda em Saúde da família  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)  
Itapipoca, Ceará – Brasil.  
E-mail: nataliapbalencar@hotmail.com

**Victoria Caroline da Silva**  
Especialista em Endodontia  
Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica)  
Fortaleza, Ceará – Brasil.  
E-mail: vicctoriacsilva@outlook.com

**Cláudio Luiz da Costa Rebello**  
Mestrando em Ciências da Reabilitação  
Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)  
Campinho, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: clrebelloiz@gmail.com

**Ana Lara Silva de Oliveira**  
Graduanda em Psicologia  
Faculdade Luciano Feijão (FLF)  
Itarema, Ceará – Brasil.  
E-mail: lara-oliveira10@hotmail.com

**Ericina Cimare de Oliveira Lima Martins**  
Mestre em Saúde Materno-Infantil  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – Brasil.  
E-mail: ericinacimare@id.uff.br

**Brenda dos Reis Nascimento**  
Graduanda em Odontologia  
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)  
Araguaína, Tocantins – Brasil.  
E-mail: Brendareiss2015@gmail.com

**Cynthia Taynara Bezerra Gomes**  
Especialista em Microbiologia  
Universidade CEUMA  
Imperatriz, Maranhão – Brasil.  
E-mail: gomestaynara739@gmail.com

## **RESUMO**

Este artigo propõe uma reflexão crítica sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, considerando, sobretudo, os determinantes sociais e as desigualdades que dificultam o acesso efetivo da população aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda que o SUS represente um marco civilizatório ao garantir o direito à saúde como dever do Estado e direito de todos, na prática, esse acesso tem sido marcado por profundas assimetrias. Isso porque, além das condições econômicas, fatores como raça/cor, território, gênero e escolaridade seguem estruturando barreiras invisíveis, mas concretas, no caminho da população mais vulnerável. Diante desse contexto, indagamos: Como os determinantes sociais da saúde –notadamente as desigualdades socioeconômicas, raciais, territoriais, de gênero e de escolaridade – operam como barreiras estruturais ao acesso igualitário da população brasileira aos serviços públicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)? Para isso, como referencial teórico foram utilizadas as obras de McKeown (1980), Starfield (2002), Arouca (2003), Funasa (2004), Paim (2006; 2008; 2009), Merhy (2007), Farmer (2003), Scheper-Hughes (1993), Fassin (2012), Adams (2016), Giovanella (2012), Anderson (2023), Machado, Lima e Baptista (2017), Vilaça Mendes (2011), Freeman (2018), Wilkinson e Marmot (2003), Padula, Anderson e Rodrigues (2022), entre outros e documentos oficiais de organismos nacionais e internacionais sobre o objeto de pesquisa. Esse empreendimento científico se configura como qualitativa (Minayo, 2007), descritiva e bibliográfica (Gil, 2008) e com análise a partir da perspectiva compreensiva (Weber, 1949). A análise revelou que o acesso à saúde no Brasil permanece profundamente desigual, mesmo sob o marco normativo do SUS. Fatores como racismo institucional, pobreza, localização geográfica e baixa escolaridade constituem barreiras estruturais e simbólicas ao cuidado. As políticas públicas, embora avancem em normativas, enfrentam desafios operacionais, como subfinanciamento e fragmentação da atenção. O modelo biomédico e homogêneo ainda predomina, invisibilizando subjetividades e contextos sociais diversos. Evidencia-se, portanto, a urgência de ações intersetoriais e de uma gestão comprometida com a equidade real.

**Palavras-chave:** Determinantes sociais. Desigualdades em saúde. Sistema Único de Saúde. Racismo institucional.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 DIREITO À SAÚDE, DESIGUALDADES E DETERMINANTES: TENSIONANDO A UNIVERSALIDADE DO SUS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

A saúde, no Brasil, é reconhecida como um direito social e universal desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 estabelece: “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário” (Giovanella, 2012, p. 214). Esse marco jurídico consolidou os ideais da Reforma Sanitária<sup>1</sup> e deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a ser a principal expressão institucional da seguridade social no campo da saúde. Conforme reafirma Paim (2006, p. 37), “[...] essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988”.

Originalmente uma ideia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde que garante que ‘saúde é um direito de todos e um dever do Estado’. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania (Paim, 2008, p. 155).

O SUS representa uma política pública universal e equitativa que visa assegurar atenção integral à saúde da população brasileira. Não só organiza a prestação dos serviços, mas também busca promover justiça social no campo sanitário. Entretanto, como destacam Machado et. al. (2017, p. S144), “[...] a ampliação dos serviços públicos ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento de segmentos privados, configurando mercados dinâmicos em saúde”. E, conforme reforça o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde<sup>2</sup>: “[...] o setor saúde já pode fazer uma

<sup>1</sup> A Reforma Sanitária Brasileira constituiu um dos marcos mais significativos da luta por justiça social e equidade no país, representando uma inflexão histórica na concepção e gestão da saúde pública. Longe de ser apenas um processo técnico-administrativo, a Reforma foi, sobretudo, um movimento social e político, impulsionado por intelectuais, profissionais da saúde, trabalhadores e usuários do sistema, que almejavam uma mudança estrutural nas bases da atenção à saúde. Conforme ressalta Paim (2008), a Reforma “[...] não se propunha a apenas melhorar o sistema vigente, mas transformá-lo radicalmente, rompendo com o modelo autoritário, excludente e assistencialista” (Paim, 2008, p. 33). Seu ápice se deu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou o direito à saúde como um dever do Estado e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. A Reforma, portanto, não apenas reconfigurou o modelo assistencial, mas também redefiniu o papel do Estado na garantia da saúde como direito de cidadania. Ver: PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

<sup>2</sup> O relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) representou um marco fundamental na consolidação do entendimento de que a saúde é fortemente condicionada por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais. O documento destaca que as iniquidades em saúde não são naturais, mas historicamente construídas e, portanto, passíveis de enfrentamento por meio de políticas públicas intersetoriais, participativas e comprometidas com a justiça social. Conforme enfatiza o relatório, “[...] a saúde é um bem público que deve ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira” (Brasil, 2008, p. 7). A CNDSS propõe um novo paradigma para o

importante contribuição se conseguir administrar os fatores que estão dentro de seu controle” (2011, p. 27).

Apesar dos avanços, as desigualdades sociais históricas continuam a repercutir na saúde da população brasileira. Ou seja, a universalidade formal do SUS ainda convive com barreiras estruturais que perpetuam iniquidades. Conforme Starfield (2002, p. 34): “[...] os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados”. E como assinala Paim (2008, p. 143): “[...] o baixo número de assinaturas da emenda popular da saúde [...] indica a estreita base de sustentação política e social da Reforma Sanitária Brasileira”.

Os pobres não são apenas mais propensos a sofrer e morrer precocemente, mas também são sistematicamente privados do acesso aos avanços da medicina moderna. Suas doenças são, na melhor das hipóteses, tratadas com indiferença; na pior, consideradas fruto de sua própria imprudência. Esse duplo padrão, que silenciosamente rege a prestação de cuidados de saúde em todo o mundo, garante que milhões pereçam desnecessariamente<sup>3</sup> (Farmer, 2003, p. 50).

Diante disso, a presente pesquisa justifica-se pela urgência de se compreender como os determinantes sociais da saúde (DSS) influenciam o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Investigar essas variáveis é essencial para desvelar os mecanismos que produzem exclusão e seletividade no sistema. Segundo a Organização Mundial da Saúde, “[...] as desigualdades [...] são política, econômica e socialmente inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis” (Who, 2011, p. 1). E, conforme afirma o Relatório Final da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>4</sup>: “[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira” (Paim, 2008, p. 155).

A discussão sobre equidade no SUS possui não apenas relevância social, mas também importância científica e política, sobretudo porque envolve a luta pelo direito à cidadania plena. Logo, entender como se estrutura a desigualdade no sistema de saúde é também compreender como operam

---

cuidado em saúde, centrado na atuação sobre os determinantes sociais como caminho essencial para a promoção da equidade e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

<sup>3</sup> Tradução nossa.

<sup>4</sup> O Relatório Final da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um divisor de águas na formulação das diretrizes que viriam a fundamentar o Sistema Único de Saúde (SUS). A conferência foi histórica ao reunir amplamente trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores da saúde em um processo democrático de construção coletiva das políticas públicas do setor. No documento final, afirmava-se que “[...] a saúde deve ser concebida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 3). A 8<sup>a</sup> Conferência consolidou o entendimento de saúde como direito universal e dever do Estado, estabelecendo os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social como pilares do novo sistema. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

as exclusões no tecido social brasileiro. Conforme Giovanella (2012, p. 308), “[...] a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde depende fundamentalmente de sistemas de saúde organizados de modo a reduzir barreiras”. E como adverte o artigo “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”, “[...] a implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável” (Machado et. al., 2017, p. 144).

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do ‘mérito’ de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (Paim, 2021, p. 50).

Assim, surgem as questões que estruturam a problematização deste artigo: se o SUS é universal, por que ainda existem barreiras de acesso aos serviços de saúde? De que modo fatores como raça, classe, gênero e território interferem no direito à saúde? Conforme aponta o relatório da CMDSS, “[...] é preciso definir intervenções específicas, baseando-se na análise de como se podem reduzir as barreiras ao acesso” (2011, p. 28). E, como evidenciam Giovanella, Oliveira e Carvalho (2012, p. 244), “[...] a distância do hospital não constitui barreira de acesso para pessoas que podem assumir os custos financeiros do deslocamento”.

Para compreender as barreiras que persistem mesmo em um sistema universal como o SUS, é fundamental reconhecer a complexidade dos determinantes sociais da saúde. Esses fatores extrapolam a esfera biomédica e estão ligados à renda, educação, raça, moradia, saneamento, território, trabalho e poder político. Segundo Wilkinson e Marmot (2003, p. 10), “[...] os fatores sociais desempenham papel determinante na saúde e no bem-estar das populações, tanto quanto os fatores genéticos ou comportamentais”. Além disso, conforme Barbara Starfield (2002, p. 27), “[...] a atenção primária só será capaz de gerar resultados equitativos quando estiver articulada a políticas sociais amplas que incidam sobre os DSS”.

Nesse contexto, raça e classe social seguem como marcadores centrais de desigualdade. Quer pela herança estrutural do racismo<sup>5</sup>, quer pela organização histórica das políticas públicas, populações

<sup>5</sup> A herança estrutural do racismo no Brasil se manifesta como um processo histórico enraizado nas instituições, normas e práticas sociais que sistematicamente relegam a população negra a posições de vulnerabilidade e exclusão. Essa lógica racializada de organização social atravessa o campo da saúde, da educação, da moradia e do trabalho, impactando profundamente o acesso a direitos fundamentais. Como destaca Cida Bento, “[...] a branquitude se constituiu como lugar de privilégio histórico, sustentado por um pacto tácito que naturaliza as desigualdades e invisibiliza os efeitos concretos do racismo” (Bento, 2022, p. 27). Assim, o racismo não se restringe a atitudes individuais, mas configura-se como um eixo estruturante das desigualdades sociais, perpetuando hierarquias de valor entre vidas negras e brancas no tecido social brasileiro. Ver: BENTO, Maria Aparecida Silva. *O pacto da branquitude*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

negras e periféricas têm menor acesso a serviços de qualidade. Como reforça Farmer (2003, p. 8): “[...] as violações aos direitos humanos se dão com maior frequência onde as pessoas já são privadas de outros direitos básicos”. E segundo Scheper-Hughes (1993, p. 276), “[...] a vulnerabilidade à doença e à morte, em comunidades pobres, é mais que biológica: é política”. Para Paul Farmer (2003, p. 45):

A ideia de ‘raça’, que a maioria dos antropólogos e demógrafos considera ser um termo biologicamente insignificante, tem enorme peso social. As classificações raciais têm sido utilizadas para privar muitos grupos de direitos básicos e, portanto, ocupam um lugar importante nas reflexões sobre a desigualdade humana e o sofrimento. [...] Na África do Sul, um dos exemplos mais evidentes dos efeitos de longo prazo do racismo, epidemiologistas relatam que a taxa de mortalidade infantil entre negros pode ser até dez vezes maior do que entre brancos. [...] A pobreza continua sendo a principal causa da prevalência de muitas doenças, bem como da fome e desnutrição generalizadas entre os sul-africanos negros<sup>6</sup>.

Portanto, a análise dos determinantes sociais da saúde precisa ser articulada a um debate sobre justiça social e redistribuição. Porque, ora a desigualdade se reproduz nas políticas, ora é por elas contestada. Conforme Fassin (2012, p. 54), “[...] o sofrimento social tornou-se o ponto de partida para uma moral humanitária que opera de modo seletivo”. E como pontua Merhy (2007, p. 97), “[...] a lógica do trabalho vivo em ato no cuidado em saúde requer a escuta atenta dos modos de vida que produzem sofrimento”.

Com base nesses elementos, o objetivo geral deste artigo é analisar como os determinantes sociais da saúde contribuem para a reprodução de desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços prestados pelo SUS. A proposta parte do reconhecimento de que a saúde é atravessada por múltiplas dimensões da vida social. Como destaca McKeown (1980, p. 35), “[...] a maior parte da melhoria das condições de saúde nos séculos XIX e XX foi devida a mudanças nas condições sociais e ambientais, e não a avanços médicos”. E reafirma Paim (2009, p. 91): “[...] o enfrentamento das desigualdades exige transformações que superem o modelo biomédico e mercantil<sup>7</sup>”.

<sup>6</sup> Tradução nossa. Essa citação reforça como raça e classe social, embora construções históricas e sociais, produzem efeitos materiais no corpo e na vida das populações vulnerabilizadas não só Brasil, como em diversas partes do mundo.

<sup>7</sup> O modelo biomédico e mercantil de atenção à saúde tem se mostrado limitado diante das complexidades sociais, culturais e subjetivas que atravessam o processo saúde-doença. Centrado na doença e na especialização tecnicista, esse modelo reduz o cuidado a procedimentos padronizados, desconsiderando os determinantes sociais e a integralidade das necessidades dos sujeitos. Além disso, seu vínculo com a lógica mercantil promove a privatização dos serviços e a medicalização da vida cotidiana, transformando o sofrimento em mercadoria e o usuário em consumidor. Como alerta Merhy, “[...] o modelo biomédico dominante expropria o saber dos sujeitos e se organiza sob a lógica da produção industrial, na qual o cuidado vivo é sufocado pelas normas e protocolos” (Merhy, 2007, p. 115). Tal configuração compromete o direito à saúde como bem público e desafia a consolidação de práticas emancipadoras no âmbito do SUS. Ver: MERHY, Emerson Elias. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

O modelo hegemônico de atenção à saúde é centrado na doença e no saber médico especializado, reduzindo o cuidado à prescrição técnica e à produção de procedimentos. [...] Esse modo de produzir saúde reforça desigualdades, pois negligencia os aspectos sociais, culturais e subjetivos do sofrimento humano. A mudança exige repensar a clínica como um espaço de escuta, vínculo e responsabilização, que valorize a singularidade dos sujeitos e seus contextos de vida (Merhy, 2007, p. 89).

Dito isso, os objetivos específicos consistem em: (1) identificar as principais barreiras socioeconômicas e territoriais que dificultam o acesso universal; (2) discutir políticas públicas implementadas com foco na equidade; e (3) apontar desafios estruturais e possibilidades de transformação. Conforme aponta Anderson (2023, p. 12), “[...] a Medicina de Família e Comunidade pode contribuir com um cuidado centrado na pessoa, mas precisa estar inserida em um sistema equitativo”. E, como enfatiza Vilaça Mendes (2011, p. 246), “[...] as redes de atenção à saúde só terão êxito se superarem a fragmentação e reconhecerem a complexidade dos territórios”.

Desse modo, esta pesquisa também busca contribuir com o campo da Saúde Coletiva, enquanto projeto político e científico comprometido com a transformação das condições de vida da população. Logo, retomar os fundamentos críticos da Reforma Sanitária é essencial. Conforme afirmam Padula Anderson e Rodrigues (2022, p. 7), “[...] a Reforma Flexner<sup>8</sup> cristalizou uma formação médica tecnicocrática, centrada na doença, e ainda vigente em muitos sistemas de saúde”. E, como reforça a Declaração de Alma-Ata<sup>9</sup> (1978, p. 2), “[...] a desigualdade existente no estado de saúde dos povos [...] constitui objeto da preocupação comum de todos os países”.

---

<sup>8</sup> A Reforma Flexner, implementada no início do século XX, consolidou um modelo biomédico de formação médica pautado na racionalidade científica, na especialização e na centralidade da doença como objeto de intervenção. Inspirada no relatório de Abraham Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, a reforma promoveu profundas mudanças nos currículos das escolas de medicina, priorizando laboratórios, hospitalares-escola e disciplinas das ciências naturais. Entretanto, tal reforma também contribuiu para o distanciamento entre os profissionais de saúde e as realidades sociais e culturais dos pacientes, consolidando uma formação tecnicocrática, hospitalocêntrica e fragmentada. Como afirmam Garcia et. al., “[...] o Relatório Flexner consagrou um modelo médico centrado na biologia, desconsiderando os determinantes sociais e a dimensão relacional do cuidado” (Garcia et. al., 2019, p. 42). Essa herança ainda impacta os sistemas de saúde contemporâneos, especialmente em países marcados por profundas desigualdades como o Brasil. Ver: GARCIA, Lígia; LUZ, Roseni; NASCIMENTO, Rosana. *Educação médica e saúde coletiva: repensando a formação a partir do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2019.

<sup>9</sup> A Declaração de Alma-Ata, adotada em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão (então parte da URSS), representou um marco histórico ao afirmar a saúde como um direito humano fundamental e a atenção primária como estratégia essencial para alcançá-la. O documento enfatizou que “[...] a saúde, que é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é um objetivo social extremamente importante” (OMS, 1978, p. 1). A Declaração também estabeleceu a necessidade de ações intersetoriais, participação comunitária e equidade como pilares para a construção de sistemas de saúde justos e sustentáveis, influenciando diretamente os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ver: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Genebra: OMS, 1978.

## **2 METODOLOGIA QUALITATIVA CRÍTICA: ANÁLISE DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS E DESIGUALDADES NO SUS**

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa de natureza crítico-reflexiva, conforme propõe Minayo (2007), a qual considera que “[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, das motivações, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21). Nesse sentido, optou-se por uma metodologia que não busca generalizações estatísticas, mas a compreensão aprofundada de processos sociais que estruturam desigualdades em saúde. Ainda segundo a autora, “[...] não se trata apenas de captar o que está sendo dito, mas de interpretar sentidos, contradições e contextos” (2007, p. 30).

O estudo qualitativo é interpretativo. Fixa-se nos significados das relações humanas a partir de diferentes pontos de vista. Os pesquisadores se sentem confortáveis com significados múltiplos. Eles respeitam a intuição. Os observadores em campo se mantêm receptivos para reconhecer desenvolvimentos inesperados. Esse tipo de estudo reconhece que as descobertas e os relatórios são frutos de interações entre o pesquisador e os sujeitos (Stake, 2011, p. 25).

Desse modo, a investigação caracteriza-se como uma pesquisa documental e bibliográfica, desenvolvida com base em fontes acadêmicas, legislações e relatórios institucionais do campo da saúde coletiva. Conforme Gil (2008), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (p. 50). Do mesmo modo, a pesquisa documental se apoia na análise de registros oficiais e normativos, sendo que “[...] os documentos escritos, embora não produzidos com a finalidade de pesquisa, podem revelar valiosos elementos da realidade social” (Gil, 2008, p. 147).

Para fins de pesquisa científica são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno. [...] Mas muitas pesquisas utilizam registros episódicos e privados, constituídos principalmente por documentos pessoais e por imagens visuais produzidas pelos meios de comunicação de massa. E também podem ser identificadas pesquisas que se valem dos chamados dados encontrados, que são constituídos não apenas por objetos materiais, mas também por vestígios físicos produzidos por erosão ou acumulação no meio ambiente (Gil, 2008, p. 148).

Dito isso, o corpus analítico da pesquisa foi construído a partir da leitura de obras clássicas e contemporâneas, como “The Role of Medicine” de McKeown, “Pathologies of Power” de Paul Farmer, e “Death Without Weeping” de Schepers-Hughes, além de documentos oficiais como a PNPS, a Declaração de Alma-Ata e os relatórios da CNDSS. Conforme Stake (2011), “[...] a pesquisa qualitativa se ancora em descrições contextuais que permitem ver como as coisas funcionam em

determinada realidade” (p. 25). Já Flick (2009) complementa que “[...] os documentos e textos revelam os discursos dominantes e marginalizados de uma sociedade” (p. 134).

Os critérios de seleção das fontes priorizaram sua relevância científica, política e histórica para o campo da saúde coletiva. Foram escolhidos especialmente autores e documentos que discutem desigualdades sociais, determinantes sociais da saúde, racismo estrutural, participação social e críticas ao modelo biomédico. Para Minayo (2007), “[...] a escolha das fontes deve estar orientada pelo problema e pelos objetivos da pesquisa” (p. 51). Já segundo Gil (2008), “[...] a relevância do material selecionado está na sua capacidade de responder às questões formuladas” (p. 73).

Dito isso, os procedimentos analíticos adotados foram guiados pela análise de conteúdo, que busca desvelar os sentidos sociais e políticos ocultos nos discursos e nas normativas. Segundo Minayo, “[...] a análise de conteúdo visa interpretar o material empírico por meio da decomposição e recomposição de categorias significativas” (2007, p. 77). E Flick (2009) afirma que “[...] a hermenêutica crítica combina compreensão empática e análise ideológica dos textos” (p. 112).

A categorização das fontes foi estruturada em cinco eixos temáticos: (1) determinantes sociais e iniquidades; (2) racismo institucional e barreiras culturais; (3) subfinanciamento e acesso desigual ao SUS; (4) participação social e radicalidade democrática; e (5) políticas públicas e perspectivas intersetoriais. Para Stake (2011), “[...] as categorias são construções do pesquisador que organizam a complexidade da realidade” (p. 38). E Minayo reforça que “[...] as categorias devem emergir das leituras reiteradas e dialogar com o referencial teórico” (2007, p. 90).

A partir das categorias identificadas, foram interpretadas as relações entre políticas públicas de saúde, determinantes sociais e desigualdades no acesso ao SUS, especialmente no que tange às populações vulnerabilizadas. Conforme Minayo (2007), “[...] a pesquisa qualitativa permite explicitar as conexões entre a estrutura e a experiência vivida” (p. 34). E Stake acrescenta que “[...] entender como os programas funcionam para diferentes grupos é central para a pesquisa interpretativa” (2011, p. 23).

O foco recaiu sobre as populações negras, indígenas, periféricas, ribeirinhas, mulheres, usuários do campo e da floresta, evidenciando como a segmentação social se articula com os mecanismos institucionais de exclusão. Para Flick (2009), “[...] os grupos marginalizados revelam as fissuras e contradições das políticas universalistas” (p. 143). E Minayo observa que “[...] é necessário tornar visíveis os sujeitos cujas vozes foram historicamente silenciadas” (2007, p. 62).

A pesquisa participante, de acordo com Fals Borda (1983, p. 43), é a pesquisa ‘[...] que responde especialmente às necessidades de populações que compreendem operários, camponeses, agricultores e índios — as classes mais carentes nas estruturas sociais contemporâneas — levando em conta suas aspirações e potencialidades de conhecer e agir. É a metodologia que procura incentivar o desenvolvimento autônomo (autoconfiante) a partir das bases e uma relativa independência do exterior’ (Gil, 2008, p. 31).

A metodologia permitiu discutir criticamente as barreiras estruturais e simbólicas que limitam a efetividade dos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade. Conforme Stake (2011), “[...] as políticas públicas devem ser analisadas a partir de seus efeitos concretos sobre as populações, e não apenas de suas intenções” (p. 31). E Minayo enfatiza que “[...] os princípios do SUS só se realizam plenamente quando confrontados com a realidade social em que operam” (2007, p. 49).

Apesar de sua profundidade analítica, a pesquisa apresenta limitações metodológicas inerentes ao uso exclusivo de dados secundários. Isso porque, como aponta Gil (2008), “[...] a pesquisa bibliográfica não permite generalizações empíricas, mas sim interpretações fundamentadas” (p. 74). Minayo complementa que “[...] o conhecimento produzido não pretende ser universalizante, mas sim contextual, situado e crítico” (2007, p. 84).

Entretanto, os limites empíricos são compensados por uma ampla capacidade de problematização teórica e de articulação com processos sociais mais amplos. Segundo Flick (2009), “[...] a profundidade interpretativa da pesquisa qualitativa reside na sua capacidade de descrever e explicar contextos sociais complexos” (p. 118). E para Minayo, “[...] a crítica social é um dos objetivos centrais da pesquisa qualitativa em saúde coletiva” (2007, p. 56).

Assim, reafirma-se que a presente investigação visou contribuir para o debate crítico sobre a produção social das desigualdades em saúde e os desafios enfrentados pelo SUS. Conforme Stake (2011), “[...] pesquisar é também um ato ético e político que visa à transformação social” (p. 26). E Minayo conclui que “[...] conhecer criticamente a realidade é o primeiro passo para transformá-la” (2007, p. 11).

### **3 DETERMINANTES SOCIAIS E BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

A concepção de saúde como fenômeno socialmente determinado tem sido amplamente reconhecida por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo a OMS, “[...] as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis” (Giovanella, 2012, p. 214). E, conforme salienta a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, “[...] a saúde é um bem público

que deve ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira” (Brasil, 2008, p. 7).

Nesse sentido, o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) tornou-se uma das referências mais difundidas para explicar os DSS. Tal modelo destaca múltiplas camadas de determinação, desde os fatores genéticos e comportamentais até os contextos socioeconômicos, culturais e ambientais. De acordo com esse modelo, “[...] os comportamentos e os estilos de vida dependem, não apenas do livre arbítrio das pessoas, mas também de determinantes como acesso à informação, pressão de pares e infraestrutura social” (Mendes, 2011, p. 248). Como também explicita a CNDSS, “[...] os DSS estão dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde os determinantes individuais até os macrodeterminantes” (Brasil, 2008, p. 9).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica. [...] Os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer (OPAS/OMS, 2011, p. 248-249).

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS enfatizou a necessidade de intervir sobre esses fatores para garantir equidade. Para tanto, propôs recomendações baseadas em três frentes: “[...] melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema” (Giovanella, 2012, p. 216). E, como complementa a CNDSS: “[...] as ações voltadas para o combate às iniquidades devem estar baseadas, por um lado, na evidência científica e, por outro, na mobilização e participação social” (Brasil, 2008, p. 28).

O debate sobre os DSS também requer o reconhecimento das desigualdades estruturais que atravessam a sociedade brasileira. Essas iniquidades se expressam em múltiplas dimensões: renda, escolaridade, raça/cor, gênero, habitação, trabalho e território. A CNDSS destaca que “[...] renda e escolaridade estão fortemente associadas a resultados de saúde” (Brasil, 2008, p. 47). Além disso, como afirma o relatório técnico da Comissão, “[...] os determinantes estruturais são a causa mais profunda das desigualdades em saúde” (2011, p. 32).

Nem todos os determinantes são igualmente importantes. Os mais importantes são aqueles que geram estratificação social – os determinantes ‘estruturais’ –, tais como a distribuição de renda; o preconceito de gênero, étnico ou contra pessoas com deficiência; e estruturas políticas e de governança que alimentam – ao invés de reduzir – desigualdades relativas ao poder econômico. [...] Esses mecanismos estruturais – que alteram o posicionamento social dos indivíduos – são a causa mais profunda das desigualdades de saúde (Brasil, 2011, p. 32).

Entre os dados concretos, observam-se desigualdades acentuadas no acesso a exames preventivos e cuidados obstétricos. Ora, entre mulheres sem instrução, apenas 1,2% realizaram sete ou mais consultas pré-natal, ao passo que, entre aquelas com maior escolaridade, esse índice é de 20% (Brasil, 2008, p. 50). E, como reforça o mesmo relatório, “[...] o nível de instrução se manifesta das mais diferentes formas: na capacidade de entendimento das informações sobre saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos” (2008, p. 44).

Logo, o enfoque sobre os DSS exige a adoção de políticas públicas que transcendam o setor saúde. A saúde deve ser tratada como um bem coletivo, articulado às demais esferas sociais. Para a OMS, “[...] a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida” (Giovanella, 2012, p. 215). E, segundo o relatório da CNDSS, “[...] o combate às iniquidades em saúde deve ocorrer por meio da atuação sobre os determinantes sociais que as geraram, os quais, sendo produto da ação humana, podem e devem ser modificados” (Brasil, 2008, p. 19).

Entender os DSS implica reconhecer que o processo saúde-doença não é apenas biológico, mas socialmente produzido. Ou seja, os padrões de adoecimento e morte seguem um eixo de desigualdade estruturado historicamente. Conforme alertam Wilkinson e Marmot, “[...] os determinantes sociais são os fatores sociais e econômicos que determinam a saúde das pessoas e das populações” (2003, p. 10). Além disso, segundo a OMS, “[...] as más condições de vida, como moradia precária, insegurança alimentar e falta de saneamento, criam contextos de vulnerabilidade persistente” (Giovanella, 2012, p. 221).

As desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis – e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos. [...] A determinação de agir sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva [...] exige melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções (Who apud Giovanella, 2012, p. 215).

Os DSS operam de forma cumulativa e interdependente, pois renda precária pode limitar o acesso à educação, que por sua vez afeta a empregabilidade e o acesso a serviços básicos. Como aponta o relatório da CNDSS: “[...] os pobres adoecem mais e morrem mais cedo do que os ricos” (Brasil,

2008, p. 30). E, conforme reforça Starfield, “[...] o baixo nível socioeconômico está associado a pior saúde, menor acesso a serviços e mais dificuldade para manter hábitos saudáveis” (2002, p. 52).

Por conseguinte, não é possível pensar em justiça em saúde sem intersetorialidade. A atuação conjunta entre as áreas de educação, habitação, assistência social, trabalho e transporte é indispensável para modificar os contextos que adoecem. Segundo a Declaração de Alma-Ata, “[...] a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (OMS, 1978, p. 2). E conforme destaca a CNDSS, “[...] a intersetorialidade é imprescindível para enfrentar as causas estruturais das desigualdades em saúde” (Brasil, 2008, p. 23).

A abordagem intersetorial, entretanto, exige articulação política e reconhecimento de que a saúde não é apenas ausência de doença. Como afirmam Padula Anderson e Rodrigues, “[...] a medicina generalista precisa ser valorizada em um sistema de saúde que compreenda a complexidade das vidas e dos territórios” (2022, p. 10). E, segundo Fajardo, “[...] as políticas públicas devem considerar os sujeitos em sua singularidade e pertencimento comunitário” (2002, p. 35).

Ao se buscar conhecer a história de vida dos usuários, deve ser privilegiada não meramente uma reconstituição cronológica, mas a história deles, a partir de fatos significativos, contextualizados [...] para que se estabeleçam o diálogo e a reflexão. [...] São levantados dados que fazem parte da história de vida do usuário, vínculos familiares e sociais, ocupação, renda, educação, saúde, entre outras, informações que subsidiam a construção do projeto terapêutico com o usuário, de seu projeto de vida (Ministério da Saúde, 2010, p. 103).

Desigualdades étnico-raciais, de gênero e de território agravam ainda mais os efeitos dos DSS sobre populações vulnerabilizadas. Logo, o racismo estrutural, por exemplo, se converte em determinante de saúde. Segundo Farmer, “[...] as doenças refletem não apenas condições biomédicas, mas também condições políticas e históricas que moldam quem vive e quem morre” (2003, p. 41). E como aponta Scheper-Hughes, “[...] a pobreza extrema não produz apenas dor física, mas humilhação cotidiana que adoece o corpo e o espírito” (1993, p. 27).

Assim, os DSS constituem não apenas uma ferramenta analítica, mas também uma agenda política para a construção da equidade. É preciso ampliar o olhar sobre a saúde, inserindo-a em uma concepção ampliada de justiça social. Conforme afirma Fassin, “[...] o sofrimento social tornou-se um indicador moral que organiza ações seletivas do Estado e de ONGs” (2012, p. 62). E como resume Merhy, “[...] é preciso romper com o modelo fragmentado e tecnocrático da clínica e reconhecer a potência do encontro e do cuidado vivo em ato” (2007, p. 143).

A saúde é um fator chave para essas metas. A abordagem dos determinantes sociais toma a distribuição da saúde – medida pelo grau de desigualdade em saúde – como um importante indicador não só do nível de igualdade e justiça social existente numa sociedade, como também do seu funcionamento como um todo. Portanto, as desigualdades de saúde funcionam como um indicador claro do sucesso e do nível de coerência interna do conjunto de políticas de uma sociedade para uma série de setores (Brasil, 2011, p. 7).

Dito isso, as desigualdades sociais no Brasil moldam de forma profunda o acesso ao Sistema Único de Saúde. Enquanto no Sul do país há cidades com cobertura integral da Estratégia Saúde da Família, no Norte há localidades em que a unidade de saúde mais próxima está a mais de 100 km de distância por estrada ou rio. De acordo com dados do IBGE, “[...] a população da região Norte é a mais desfavorecida, recebendo 2,2 consultas ao ano, ao passo que a região Sudeste é a de melhor cobertura, com 2,9 consultas por habitante ao ano” (Giovanella, 2012, p. 342). E, conforme Travassos et. al. (2000), “[...] a chance de uso de serviços na região Norte foi quase a metade da observada nas regiões Sul e Sudeste” (Brasil, 2008, p. 73).

Ora, essas disparidades se tornam mais evidentes em situações de emergência. É comum que ribeirinhos da Amazônia esperem dias por um barco da saúde para realizar um simples exame de sangue. Como aponta Paim (2010), “[...] a média nacional de leitos de UTI era de 6,8 por 100 mil habitantes, mas Rondônia apresentava apenas 0,5 e a Bahia, 1,3” (2010, p. 33). E segundo o IBGE, “[...] a relação de médicos por mil habitantes varia de 1,91 na região Norte a 4,26 no Sudeste” (Giovanella, 2012, p. 334).

No caso dos leitos de UTI disponíveis para o SUS, a média nacional era 6,8 leitos por 100.000 habitantes enquanto a maioria dos estados da região Norte e Nordeste apresentavam valores inferiores ao nacional, com destaque negativo para Rondônia (0,5) e Bahia (1,3). [...] verificou-se no ano 2000 uma taxa de 32,0 por 100.000 habitantes para o país, ainda que a utilização esperada, segundo o Ministério da Saúde, devesse ser de 40,0 por 100.000. As taxas de todos os estados das regiões Sul e Sudeste estão próximas ou acima da média nacional, porém as demais regiões apresentam valores muito baixos desse indicador, a ponto de o Sudeste atender cinco vezes mais pacientes do que o Norte (Paim, 2010, p. 34).

Todavia, não são apenas as distâncias geográficas que determinam o acesso: a renda e a escolaridade também impõem barreiras significativas. Por exemplo, uma mulher com baixa escolaridade na periferia de Maceió pode deixar de realizar exames ginecológicos por não compreender as orientações do atendimento. Segundo a Comissão Nacional sobre DSS, “[...] as mulheres analfabetas têm 70% menos chance de realizar o exame de Papanicolau que as com mais de 12 anos de estudo” (Brasil, 2008, p. 76). Ademais, conforme dados da PNAD, “[...] entre os mais pobres, apenas 59% realizaram consulta médica no ano, contra 76% entre os mais ricos” (IBGE, 2010a, p. 211).

Essas desigualdades também atravessam dimensões raciais. Pacientes negros, frequentemente, relatam que suas dores são subestimadas em consultórios públicos e que o tempo de espera é maior quando o atendimento é terceirizado. Como indica Ines Lessa, “[...] a população negra apresenta maior prevalência de doenças crônicas e menor acesso aos serviços de controle dessas doenças” (2008, p. 89). E, segundo Eduardo Faerstein, “[...] o racismo percebido afeta diretamente a adesão ao tratamento e a relação com o profissional de saúde” (2008, p. 66).

As desigualdades de gênero também se manifestam com força nas políticas de saúde. Mulheres pobres, negras e periféricas enfrentam obstáculos na realização de partos humanizados e no acesso à contracepção. Conforme Leal et. al., “[...] as mulheres de menor renda apresentam taxas de cesarianas mais baixas, mesmo quando clinicamente indicadas, e menor acesso a anestesia adequada” (2008, p. 77). E, segundo Quadros et. al., “[...] em Pelotas, 70% das mulheres analfabetas não realizaram Papanicolau nos últimos três anos” (2004, p. 59).

Quanto à assistência à saúde das mulheres, o estudo de Novaes et al. (2006), de base nacional, encontrou um gradiente de aumento do acesso ao exame de Papanicolau correspondente ao aumento da renda e da escolaridade, sendo a cobertura desse exame mais elevada nas mulheres de maior renda e escolaridade, quando comparadas às mulheres com renda inferior a um salário mínimo e aquelas analfabetas ou com primeiro grau incompleto. [...] em Pelotas, encontraram que 70% das mulheres analfabetas não realizaram exame de Papanicolau nos últimos três anos, enquanto apenas 11,8% das mulheres com doze ou mais anos de estudo não o fizeram. O estudo [...] também apontou para o menor conhecimento sobre o exame de Papanicolau entre as mulheres de menor escolaridade, com cerca de 30% dessas mulheres demonstrando ausência de conhecimento sobre esse exame, enquanto que para as mulheres de melhor nível educacional esse valor foi inferior a 5% (Quadros et. al., 2008, p. 74).

Não só os dados mostram essas desigualdades; elas são vividas diariamente por milhões. Seja a mãe de um bebê com febre que caminha horas para encontrar um posto fechado no interior do Maranhão, seja o idoso no sertão nordestino que aguarda meses por um exame de imagem. Segundo Giovanella (2012), “[...] a desigualdade regional atinge toda a oferta de serviços – SUS e não SUS” (p. 292). E de acordo com Ribeiro (2006), “[...] a chance de um indivíduo com até 3 anos de estudo usar o SUS é quatro vezes maior do que aquele com 11 anos ou mais” (Brasil, 2008, p. 68).

As populações rurais enfrentam condições ainda mais adversas. Em pequenas localidades do semiárido nordestino, muitas vezes só existe um agente comunitário para centenas de famílias, e o transporte sanitário depende de veículos improvisados. Como aponta o Ministério da Saúde, “[...] os municípios rurais remotos apresentam indicadores piores de cobertura da atenção básica e acesso a exames preventivos” (Brasil, 2022, p. 45). E segundo a Fiocruz, “[...] a distância dos serviços, associada à baixa densidade populacional, limita o direito à saúde de forma estrutural” (2021, p. 28).

Além disso, os efeitos das desigualdades se acumulam ao longo da vida. Crianças de famílias pobres têm mais chance de nascer com baixo peso, sofrer com desnutrição e crescer com limitações no desenvolvimento cognitivo. Conforme o IPEA, “[...] em áreas com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, a mortalidade infantil é até três vezes maior que nas áreas de maior renda” (2020, p. 71). E, como reforça a CNDSS, “[...] há uma forte correlação entre desigualdade social e indicadores de saúde infantil, como internações por diarreia e pneumonia” (Brasil, 2008, p. 53).

Os resultados da revisão não deixam dúvidas sobre a presença de marcadas iniquidades sociais em saúde e nutrição infantil em todo o país, evidenciadas nos indicadores de mortalidade, morbidade, situação nutricional e utilização de serviços de saúde. [...] Os pobres quase sempre apresentam situação menos favorável em termos de atenção pré-natal, peso ao nascer (tanto por retardo no crescimento intra-uterino como por parto pré-termo), amamentação exclusiva, cobertura vacinal, consultas preventivas, morbidade, subnutrição, deficiências de micronutrientes, desenvolvimento cognitivo e, consequentemente, mortalidade (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS], 2008, p. 199).

Ora, a distribuição desigual dos equipamentos de saúde reforça a ideia de que o acesso ao SUS é condicionado ao CEP. Enquanto bairros nobres têm unidades reformadas, com médicos fixos e agendamento digital, moradores de favelas convivem com escassez de profissionais e longas filas. Como alerta Giovanella, “[...] o modelo de regionalização<sup>10</sup> adotado no Brasil tem reproduzido desigualdades ao invés de reduzi-las” (2012, p. 275). E, segundo Fausto e Matta, “[...] a ausência de critérios equitativos na alocação de recursos compromete a justiça distributiva do SUS” (2007, p. 99).

Conforme os dados apontam, desigualdades raciais se traduzem também em desfechos clínicos piores. Mulheres negras apresentam maior mortalidade materna, não só por causas obstétricas, mas por negligência institucional. Segundo o Ministério da Saúde, “[...] a taxa de mortalidade materna de mulheres negras é quase o dobro da de mulheres brancas” (Brasil, 2019, p. 22). E de acordo com a Fiocruz, “[...] o racismo institucional<sup>11</sup> se expressa em práticas cotidianas que desvalorizam a dor, a palavra e a história das mulheres negras” (2021, p. 36).

<sup>10</sup> O modelo de regionalização adotado pela saúde no Brasil busca organizar a rede de serviços a partir da lógica territorial e da articulação entre os diferentes níveis de atenção, com o objetivo de promover maior equidade no acesso e melhor eficiência na gestão do SUS. No entanto, esse modelo tem enfrentado desafios significativos, como a fragmentação das políticas, a concentração de recursos em regiões mais desenvolvidas e a dificuldade de garantir a integralidade do cuidado em territórios periféricos ou remotos. Como aponta Giovanella, “[...] a regionalização da saúde no Brasil tem reproduzido desigualdades ao invés de reduzi-las, pois a distribuição dos serviços permanece concentrada em áreas de maior poder econômico e político” (Giovanella, 2012, p. 275). Dessa forma, a promessa da regionalização como estratégia de justiça sanitária ainda se confronta com profundas assimetrias estruturais. Ver: GIOVANELLA, Lígia et. al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

<sup>11</sup> O racismo institucional constitui uma forma sistêmica de discriminação que se manifesta nas práticas, rotinas e estruturas das instituições públicas e privadas, resultando em desigualdades persistentes no acesso a direitos e serviços fundamentais, como a saúde. No âmbito do SUS, esse tipo de racismo se expressa, por exemplo, na menor oferta de serviços em territórios periféricos e negros, no atendimento desumanizado às mulheres negras durante o parto e na negligência frente às especificidades culturais de populações indígenas e quilombolas. Como destaca a Política Nacional de Saúde Integral da

Não só as populações racializadas, mas também a população LGBTQIA+ enfrenta dificuldades específicas. Muitos usuários evitam procurar o SUS por medo de preconceito, enquanto profissionais não recebem formação adequada para atender às suas demandas. Conforme o relatório da Fiocruz, “[...] a ausência de políticas afirmativas nos serviços de saúde contribui para o agravamento de problemas evitáveis” (2021, p. 49). E segundo o IBGE, “[...] pessoas trans têm expectativa de vida 35 anos menor que a média nacional” (2021, p. 8).

Com base nesse contexto, é urgente repensar a estrutura do SUS à luz da justiça social, superando o paradigma da homogeneização<sup>12</sup> e reconhecendo as múltiplas formas de exclusão. Seja pela cor, pela classe, pelo território ou pela identidade de gênero, o direito à saúde segue sendo violado cotidianamente. Como afirma Paim, “[...] o SUS não pode prescindir de uma abordagem crítica que reconheça as desigualdades e as enfrente com prioridade” (2008, p. 94). E, conforme destaca Giovanella, “[...] a equidade deve ser princípio orientador, e não apenas retórico, da gestão do sistema” (2012, p. 294).

Acreditamos que é hora de superar o discurso ufanista em defesa do SUS e reconhecer que ele só poderá melhorar, ganhando apoio da população, quando as antigas e novas lideranças do Movimento Sanitário, na sociedade e no governo, se solidarizarem com o(a) cidadão(ã), com necessidades e demandas no cotidiano de suas vidas, e iniciarem um processo de transformação consequente, orientado por dois princípios: a) intransigência e combate a todas as formas de iniquidades; b) centralidade do(a) cidadão(ã) no cuidado e atenção ao usuário(a) do SUS. Ao afirmarmos o caráter civilizatório da Reforma Sanitária estamos entendendo que, por meio desse processo de transformação da sociedade e do Estado brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social (Paim, 2008, p. 126).

A travessia por rios caudalosos da região amazônica para buscar atendimento básico de saúde é uma rotina para milhares de brasileiros. Em muitas comunidades ribeirinhas, a ausência de estrutura terrestre obriga os moradores a percorrer horas de voadeira<sup>13</sup> até alcançar uma unidade de saúde

População Negra, “[...] o racismo institucional expressa-se na inação ou na resposta inadequada das instituições às necessidades da população negra” (Brasil, 2009, p. 15). Reconhecer e enfrentar o racismo institucional é fundamental para garantir a equidade no cuidado e o cumprimento do princípio da universalidade do SUS. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

<sup>12</sup> Superar o paradigma da homogeneização no campo da saúde implica reconhecer as diversidades étnico-raciais, culturais, territoriais, de gênero e condição social como elementos fundamentais para a efetivação de políticas públicas equitativas. A lógica homogênea, baseada na universalização abstrata, muitas vezes ignora as desigualdades históricas e estruturais que marcam a vivência dos sujeitos, resultando na reprodução de iniquidades dentro de um sistema que deveria promover justiça social. Como destaca Paim, “[...] o SUS não pode prescindir de uma abordagem crítica que reconheça as desigualdades e as enfrente com prioridade, abandonando a ilusão de um sujeito universal, descontextualizado” (Paim, 2008, p. 94). Nesse sentido, é urgente que as políticas de saúde sejam construídas a partir de um paradigma da diferença, que valorize os saberes e vivências plurais presentes na sociedade brasileira. Ver: PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

<sup>13</sup> Em diversas comunidades ribeirinhas da região amazônica, o acesso aos serviços de saúde é marcado por longas e exaustivas jornadas de deslocamento, frequentemente realizadas por meio de voadeiras — pequenas embarcações

fluvial. Como explica Giovanella (2012): “[...] barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde” (p. 277). E segundo Oliveira, Travassos e Carvalho (2004): “[...] quanto maior à distância, menor a utilização de serviços de saúde” (apud Giovanella, 2012, p. 278).

No sertão do Piauí, comunidades inteiras vivem a quilômetros da unidade de saúde mais próxima, e o transporte escolar é frequentemente o único disponível para levar pacientes, quando não é suspenso. Conforme relatado por Marques et. al. (2007), “[...] na região de Juiz de Fora, a ausência de transporte eletivo eficaz foi responsável por 35% de faltas a procedimentos previamente agendados” (apud Redes de Atenção à Saúde, 2010, p. 150). E a Fiocruz (2005) alerta: “[...] a instituição do subsistema de transporte em saúde de pessoas é uma condição para o funcionamento eficiente e com equidade das RASs<sup>14</sup>” (apud Redes, 2010, p. 150).

Já no contexto urbano periférico, muitas famílias que moram em áreas de ocupação irregular enfrentam ausência de vias pavimentadas e transporte público insuficiente, o que dificulta a chegada até a Unidade Básica de Saúde. Conforme o Ministério da Saúde (2008), “[...] os custos econômicos do transporte somam-se aos custos de oportunidade, normalmente altos, prejudicando o acesso” (apud Redes, 2010, p. 150). E o documento destaca que “[...] o subsistema de transporte em saúde de pessoas está restrito aos deslocamentos por causas clínicas e funcionais” (2010, p. 151).

Entretanto, não só o deslocamento limita o acesso: o subfinanciamento crônico do SUS impõe à população uma carga financeira indireta para conseguir atendimento. Em cidades médias, como Montes Claros, usuários pagam do próprio bolso por exames básicos em clínicas populares, uma vez que o sistema não oferece vagas com regularidade. Como aponta Paim (2010): “[...] os recursos repassados pelo governo federal sempre estiveram aquém das necessidades dos cidadãos” (p. 92). E

---

utilizadas como principal meio de transporte fluvial. Essa realidade escancara as desigualdades territoriais que atravessam o Sistema Único de Saúde (SUS) e evidenciam como o direito à saúde é condicionado pelo lugar onde se vive. Giovanella destaca que “[...] as barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde” (Giovanella, 2012, p. 277), e que tais barreiras impactam especialmente populações de baixa densidade populacional, cujas unidades de saúde ficam a centenas de quilômetros de distância por rios. Atravessar rios caudalosos por horas, muitas vezes em situações de urgência, é expressão cotidiana da iniquidade sanitária vivida por milhares de brasileiros. Ver: GIOVANELLA, Lígia et. al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

<sup>14</sup> As Redes de Atenção à Saúde (RASs) foram concebidas como uma estratégia para superar a fragmentação do cuidado e garantir a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Elas se organizam de forma regionalizada e hierarquizada, com o objetivo de articular os diferentes pontos de atenção à saúde – da atenção básica à alta complexidade – em um sistema coordenado e centrado nas necessidades dos usuários. Segundo o Ministério da Saúde, “[...] a implantação das RASs tem por objetivo promover o acesso universal, contínuo e de qualidade aos serviços de saúde, com foco na integralidade e na eficiência dos recursos públicos” (Brasil, 2010, p. 17). Entretanto, desafios como a insuficiência de recursos, a baixa coordenação entre os níveis de atenção e a descontinuidade de políticas públicas ainda comprometem a efetividade das RASs em muitos territórios brasileiros. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

segundo a Reforma Sanitária Brasileira, “[...] em 2005, o poder público deixou de gastar R\$ 9 bilhões em hospitais, equipamentos, remédios e exames” (2010, p. 253).

O SUS fica refém, desse modo, do setor privado, apesar do seu potencial de regulação. Parte dessa situação pode ser explicada pelo subfinanciamento público da saúde no custeio e, especialmente, no que tange aos investimentos, que se fazem necessários para a expansão da rede federal, estadual e municipal. Tal situação provoca a insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e, mais recentemente, na chamada judicialização da saúde, em que os cidadãos buscam no Ministério Público e no Judiciário uma via para o atendimento daquilo que julgam fazer parte do seu direito à saúde (Paim, 2008, p. 106).

Nas farmácias públicas, a cena é recorrente: uma mãe sai frustrada por não encontrar o antibiótico prescrito para o filho com infecção respiratória. Logo, recorre a um empréstimo informal para comprar o remédio. Conforme Messeder et. al. (2005), “[...] a população tem utilizado, de forma crescente, o recurso de processar judicialmente o setor público para obter os medicamentos de que necessita” (apud Giovanella, 2012, p. 309). E os dados do Ministério da Saúde mostram que “[...] em 2009, o SUS gastou R\$ 2,3 bilhões apenas com medicamentos do componente especializado” (2012, p. 310).

Além disso, é comum que pacientes renunciem ao cuidado por não poderem arcar com os custos indiretos: alimentação, transporte e acompanhante. Em cidades interioranas, trabalhadores informais deixam de realizar procedimentos por não poderem se ausentar do trabalho. Conforme Giovanella (2012), “[...] barreiras financeiras atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde” (p. 290). E o subfinanciamento impacta toda a rede, pois “[...] o debate sobre os recursos do SUS não adquiriu a centralidade no Estado nacional” (2012, p. 315).

Em aldeias indígenas do Mato Grosso do Sul, relatos de atendimentos com intérpretes ausentes ou profissionais que se negam a ouvir xamãs são frequentes. Mulheres indígenas relatam sentir-se expostas em partos sem privacidade e desrespeitadas em sua cultura. Conforme Barros (2009), “[...] a cultura médica ocidental tende a deslegitimar os saberes indígenas, tratando-os como superstição” (apud CNDSS, 2008, p. 66). E o mesmo documento reconhece que “[...] a discriminação cultural constitui obstáculo à universalidade e integralidade do cuidado” (Brasil, 2008, p. 71).

Os sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde e na interpretação dos casos de doenças. [...] Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas

de prevenção, promoção e educação para a saúde, adequadas ao contexto local (Brasil, 2006, p. 134).

Populações LGBTQIA+ também enfrentam formas de exclusão sutis, mas persistentes. Em Belo Horizonte, um homem trans relatou que teve sua identidade de gênero desrespeitada ao ser chamado por seu nome de registro em voz alta na recepção, gerando constrangimento público. Segundo Paiva et. al. (2011), “[...] a formação biomédica ainda ignora as especificidades das identidades sexuais e de gênero” (apud Giovanella, 2012, p. 307). E, como destaca Facchini (2007), “[...] os serviços frequentemente produzem violências simbólicas em nome da neutralidade técnica” (apud Giovanella, 2012, p. 308).

As pessoas com deficiência também enfrentam barreiras simbólicas e práticas. Em muitos postos, não há intérprete de Libras nem sinalização tátil para cegos, e profissionais demonstram impaciência com pacientes com deficiência intelectual. Conforme Andrade e Dain (2006), “[...] a acessibilidade comunicacional é um desafio ainda negligenciado na atenção primária” (apud Giovanella, 2012, p. 305). E, segundo Werneck (2003), “[...] a cultura capacitista<sup>15</sup> ainda organiza os modos como a deficiência é percebida nos serviços públicos” (apud Giovanella, 2012, p. 306).

Nas grandes cidades, a fila antes da abertura da Unidade Básica de Saúde já ultrapassa 50 pessoas. Usuários chegam às 3h da manhã para tentar uma senha de atendimento. Em Salvador, moradores relatam que, mesmo chegando cedo, muitas vezes não conseguem consulta. Como explica Paim (2008), “[...] a morosidade e a fragmentação do sistema geram sofrimento e descrédito na população” (p. 87). E, conforme Starfield (2002), “[...] a experiência do usuário com longas esperas deteriora a confiança no sistema” (apud Giovanella, 2012, p. 278).

Esse modelo de desatenção se expressa em um caleidoscópio de maus tratos e desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pela idade avançada, pelo sofrimento e pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; via

<sup>15</sup> A cultura capacitista está enraizada em valores sociais que atribuem inferioridade às pessoas com deficiência, associando-as à ideia de incapacidade, dependência e inadequação. Tal lógica estrutura não apenas atitudes individuais, mas também práticas institucionais que reforçam barreiras simbólicas e materiais no acesso a direitos fundamentais, como a saúde, a educação e o trabalho. Nos serviços públicos, essa cultura se expressa na ausência de acessibilidade comunicacional, na impaciência de profissionais diante de pacientes com deficiência intelectual e na negligência com as especificidades desses sujeitos. Como aponta Werneck, “[...] o capacitismo está presente quando o corpo com deficiência é visto como um corpo em falta, um corpo que precisa ser consertado, normalizado” (Werneck, 2003, p. 25). Superar o capacitismo exige uma transformação profunda das práticas sociais e institucionais, que reconheça a diversidade humana como valor e promova a inclusão com dignidade e respeito. Ver: WERNECK, Claudia. *Ninguém mais vai ser bonzinho: na sociedade inclusiva, diferença é para somar, nunca para excluir*. 2. Ed. Rio de Janeiro: WVA, 2003.

crucis do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas (Paim, 2008, p. 108).

O excesso de burocracia também afeta diretamente o tratamento de doenças crônicas. Em Brasília, uma paciente com lúpus precisava refazer os mesmos exames todo mês para manter o fornecimento de um medicamento de uso contínuo, pois o sistema exige novos laudos constantemente. Segundo o Ministério da Saúde, “[...] a fragmentação da atenção cria obstáculos administrativos que descontinuam o cuidado” (Redes de Atenção, 2010, p. 91). E como alerta Mendes (2002), “[...] o modelo de gestão do SUS ainda prioriza a lógica dos procedimentos em detrimento do cuidado” (apud Redes, 2010, p. 92).

Assim, a má gestão de recursos e equipes resulta em fechamentos repentinos de unidades e descontinuidade de programas. No Rio Grande do Norte, uma equipe do NASF foi desmobilizada sem aviso, prejudicando o atendimento domiciliar a idosos acamados. Conforme Giovanella (2012), “[...] a rotatividade das equipes profissionais compromete a continuidade e o vínculo na atenção primária” (p. 273). E, como reforça Fausto (2010), “[...] a fragilidade na coordenação local enfraquece a resolutividade do sistema” (apud Giovanella, 2012, p. 274).

A fixação dos profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família é um desafio a ser enfrentado, mesmo que os estudos recentes de avaliação da ESF indiquem um índice de permanência maior em relação ao início da estratégia. A rotatividade dos profissionais, com destaque para os médicos, no entanto, ainda constitui-se num entrave ao desenvolvimento do trabalho e vem sendo atribuída a fatores diversos, tais como: remuneração aquém das expectativas; condições de trabalho; exigência da carga horária integral; baixa oportunidade de progressão profissional; baixo comprometimento dos profissionais; ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família (Giovanella, 2012, p. 273).

Diante desse contexto, mesmo com os entraves descritos acima, ao longo dos últimos trinta anos, o Brasil consolidou uma ampla arquitetura normativa de políticas públicas voltadas à equidade em saúde. Porém, conforme Giovanella (2012), “[...] embora tenha havido avanços importantes, a equidade continua sendo o princípio menos operacionalizado entre os três pilares do SUS<sup>16</sup>” (p. 245).

<sup>16</sup> Os três pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade – foram estabelecidos na Constituição Federal de 1988 como princípios norteadores para a garantia do direito à saúde no Brasil. A universalidade assegura que todas as pessoas, sem discriminação, tenham acesso aos serviços de saúde; a integralidade preconiza que o cuidado deve abranger todas as dimensões da saúde, considerando desde a promoção até a reabilitação; e a equidade orienta a alocação de recursos e ações de forma a reduzir desigualdades históricas e sociais. No entanto, como destaca Giovanella, “[...] embora tenha havido avanços importantes, a equidade continua sendo o princípio menos operacionalizado entre os três pilares do SUS” (Giovanella, 2012, p. 245), revelando desafios persistentes na efetivação plena desses fundamentos, especialmente para populações vulnerabilizadas. Ver: GIOVANELLA, Lígia et. al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

E como reforça a PNPS (2014), “[...] os determinantes sociais da saúde exigem respostas intersetoriais, com ações integradas que extrapolam o setor saúde” (p. 14).

No campo da atenção primária, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>17</sup> e o Programa Saúde da Família foram instrumentos potentes, mas também tensionados por restrições estruturais. Conforme aponta Paim (2010), “[...] a cobertura da Estratégia Saúde da Família nas grandes cidades segue desigual e tende a se restringir a bolsões de pobreza” (p. 74). E, segundo Giovanella (2012), “[...] a priorização da atenção básica por vezes serve para mascarar cortes em outras áreas da rede, esvaziando o princípio da integralidade” (p. 289).

Já a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>18</sup>, instituída em 2009, trouxe um marco simbólico importante, mas sofreu com dificuldades práticas de implementação. Segundo o Ministério da Saúde (apud PNPS, 2014), “[...] a invisibilidade do racismo institucional compromete o acesso igualitário ao cuidado” (p. 21). E como observa Giovanella (2012), “[...] a resistência dos gestores em reconhecer o racismo como determinante social ainda é uma barreira à efetividade da política” (p. 314). Segundo Merhy et. al. (2014):

Nos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial da região, o lugar do negro ainda ocupa um ‘não lugar’ nos espaços de cuidado, com pouca ou quase nenhuma visibilidade para as suas expressões culturais. [...] É interessante notar que o ato de tecer-bordar [...] está vinculado ao desejo dessas mulheres de produzir belas tapeçarias com o quinhão de sofrimentos que, historicamente, marca o corpo negro-feminino e fere sua existência. [...] As mulheres narram e bordam suas histórias, refletindo sobre o processo de ‘bordar a si’ e de ‘bordar o mundo’ que estão vivenciando. [...] Isso nunca é fraqueza, mas força (p. 17).

<sup>17</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) representa um dos principais instrumentos de organização da atenção primária à saúde no Brasil, orientando princípios, diretrizes e estratégias para garantir o cuidado contínuo, resolutivo e territorializado à população. Instituída em 2006 e atualizada em 2011 e 2017, a PNAB reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a expansão e consolidação da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sua implementação tem sido marcada por tensões entre o ideal normativo e as condições concretas dos territórios, especialmente nas periferias urbanas e em áreas rurais remotas. Como destaca o Ministério da Saúde, “[...] a atenção básica é a principal porta de entrada do SUS e tem como características a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade” (Brasil, 2017, p. 12). Ainda assim, desigualdades regionais e o subfinanciamento crônico desafiam sua efetivação plena. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

<sup>18</sup> A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, representa um marco na promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais que impactam negativamente as condições de saúde da população negra. Seu objetivo principal é promover a saúde integral desse segmento populacional, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Entre as diretrizes da PNSIPN, destacam-se a garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas periféricas, rurais e quilombolas às ações e serviços de saúde; o desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde; e a implementação de processos de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde. A efetivação da PNSIPN é fundamental para assegurar o direito à saúde da população negra, enfrentando as iniquidades historicamente construídas e promovendo a justiça social no país. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf). Acesso em: 23 de Mar. de 2025

A Rede Cegonha<sup>19</sup>, lançada em 2011, propôs reorganizar o cuidado materno-infantil, mas esbarrou na descontinuidade institucional. Conforme o relato de Giovanella (2012), “[...] apesar do discurso da humanização, o modelo permanece centrado na medicalização e na fragmentação dos cuidados” (p. 275). Além disso, como apontam Batista et. al. (2017), “[...] a lógica programática e verticalizada da Rede Cegonha compromete sua articulação com as demais redes de atenção” (p. 159).

Entretanto, o avanço das políticas de equidade se deu em um contexto marcado por ambiguidades e restrições fiscais. A Emenda Constitucional 95<sup>20</sup>, de 2016, estabeleceu o teto de gastos públicos, limitando o crescimento dos investimentos em saúde. Como analisam Machado et. al. (2017), “[...] a austeridade fiscal comprometeu de forma estrutural a expansão do SUS e o cumprimento das metas da PNPS” (p. S158). E Giovanella (2012) reforça que “[...] os dispositivos legais não garantem, por si só, o financiamento necessário para a realização da equidade” (p. 317).

A tensão entre universalismo e focalização emerge com força nesse cenário. Conforme Paim (2010), “[...] a estratégia focalista expressa-se na priorização de políticas compensatórias, como se a pobreza fosse um problema individual e não estrutural” (p. 89). E o próprio relatório da PNPS adverte que “[...] a focalização pode reforçar estigmas, ao invés de promover o direito universal à saúde” (2014, p. 20).

A defesa da universalidade sobrepõe-se assim às medidas difundidas nas reformas neoliberais de focar a intervenção governamental na atenção à saúde somente nos grupos muito pobres. Essa focalização segmenta a cobertura e empobrece a atenção à saúde, porque cria desigualdades no acesso – e sistemas construídos para todos, e acessados por todos, têm mais chance de ser equitativos (Giovanella, 2012, p. 293).

<sup>19</sup> A Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, é uma estratégia que visa garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. Estruturada em quatro componentes – pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) –, a Rede Cegonha busca promover um modelo de cuidado que integra e qualifica os serviços de saúde materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa reflete o compromisso do governo brasileiro em reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, além de melhorar a qualidade da atenção à saúde oferecida às gestantes e crianças nos primeiros anos de vida. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 120, p. 109-111, 27 jun. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 23 de Mar. de 2025.

<sup>20</sup> A Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, instituiu o Novo Regime Fiscal no Brasil, estabelecendo um teto para os gastos públicos federais por um período de 20 anos. Essa medida limitou o crescimento das despesas primárias da União à variação da inflação do ano anterior, afetando áreas essenciais como saúde, educação e assistência social. A emenda foi alvo de intensos debates e críticas, especialmente por seu potencial impacto na redução de investimentos em políticas públicas fundamentais para a promoção da equidade e do desenvolvimento social. Estudos apontam que a implementação desse teto de gastos pode comprometer a capacidade do Estado em atender às necessidades básicas da população, aprofundando desigualdades sociais já existentes. Ver: BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc95.htm). Acesso em: 23 de Mar. de 2025.

O SUS, apesar de sua abrangência normativa, opera em um sistema contraditório onde o setor privado é constantemente subsidiado. Segundo Machado et. al. (2017), “[...] o Estado manteve e ampliou incentivos fiscais para empresas e prestadores privados, em detrimento do fortalecimento do sistema público” (p. S159). E Giovanella (2012) acrescenta que “[...] a dependência de serviços privados para garantir procedimentos especializados mina a integralidade do cuidado” (p. 308).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), embora articulada a diversas redes, também sofre com a fragmentação intersetorial. Conforme o documento oficial (PNPS, 2014), “[...] há dificuldade de articulação efetiva entre as políticas setoriais e de engajamento institucional dos diversos atores” (p. 16). E Giovanella (2012) reforça que “[...] a promoção da saúde ainda é concebida como ação complementar e não estruturante das políticas públicas” (p. 298).

Na atenção à população indígena, por exemplo, o subsistema criado para garantir especificidades culturais e territoriais sofre com abandono político. Como relata o documento da Reforma Sanitária Brasileira, “[...] a ausência de uma política de Estado compromete a sustentabilidade do subsistema indígena” (Paim, 2010, p. 212). E Machado et. al. (2017) observam que “[...] os efeitos da DRU e do teto de gastos dificultam a regionalização e a cobertura em áreas remotas” (p. S156).

Apesar do significativo aporte de investimentos financeiros, a insuficiência de recursos humanos apresentou-se como um dos maiores obstáculos para a implementação da política de saúde indígena. A alternativa encontrada para suprir a carência de pessoal para atuar nos DSEI, que foi, conforme já sinalizado, a terceirização (ou seja, a contratação de serviços de terceiros para execução das ações de saúde), tem representado um dos maiores obstáculos à efetivação do subsistema. [...] Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção ‘culturalmente diferenciada’ não tem sido posto em prática, somando-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados (Giovanella, 2012, p. 827).

Além disso, a precarização do trabalho em saúde compromete diretamente a qualidade da atenção e a efetivação das políticas. Como destaca Paim (2010), “[...] os vínculos instáveis de trabalho impactam a continuidade do cuidado e a qualificação dos serviços prestados” (p. 97). E o mesmo autor aponta que “[...] o ciclo de desresponsabilização do Estado favorece a privatização do setor, enfraquecendo o caráter público do SUS” (p. 88).

Desse modo, o ciclo político de instabilidade também afeta a gestão democrática do SUS. Embora os conselhos e conferências sejam espaços fundamentais, sua eficácia é muitas vezes simbólica. Conforme Giovanella (2012), “[...] a captura institucional desses espaços por interesses corporativos e partidários compromete a legitimidade da participação social” (p. 303). E a PNPS

observa que “[...] o controle social precisa ser fortalecido como instância de co-gestão das políticas e não apenas de consulta” (2014, p. 19).

Logo, é urgente retomar a radicalidade do projeto original da Reforma Sanitária, que propunha saúde como direito e política pública universal. Como afirma Paim (2010): “[...] a reforma já foi feita e está escrita na Constituição; cabe cumpri-la” (p. 211). E, conforme Machado et. al. (2017), “[...] o futuro do SUS depende da construção de uma coalizão ampla e comprometida com o projeto civilizatório que ele representa” (p. S160).

Não obstante, as dificuldades encontradas na implantação do SUS, diante do subfinanciamento e do clientelismo político-partidário, ocorreu uma extensão de cobertura de serviços de saúde para a população brasileira. [...] Ainda que o sistema que temos hoje distancie-se daquele que foi consagrado na ‘Constituição Cidadã’, sua existência é essencial num País que apresenta enormes disparidades regionais e sociais [...]. Portanto, aos que tentam apresentar o SUS como modelo falido de atenção à saúde, respondemos com experiências vitoriosas [...]. Nesse sentido, impõe-se a manutenção do princípio do conteúdo constitucional da seguridade social, incluindo-se solidariamente a saúde, previdência e assistência social. A reforma da saúde já ocorreu e está na Constituição Brasileira. Cabe cumpri-la (Paim, 2010, p. 211-212).

Diante desse quadro, a superação das desigualdades em saúde exige a reconstrução de um projeto de sociedade pautado na justiça social, o que demanda ações para além do setor saúde. Conforme Paim (2021), “[...] a segmentação do sistema de saúde brasileiro reproduz as mesmas desigualdades observadas nas condições de vida” (p. 63). E, como pontua Giovanella (2012), “[...] é preciso abandonar o enfoque setorial fragmentado e caminhar para a ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública” (p. 116).

Portanto, fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) continua sendo uma das estratégias mais eficazes para reverter iniquidades. Como destaca a Organização Mundial da Saúde, “[...] a APS deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, levando os cuidados o mais próximo possível de onde vivem e trabalham” (OMS, 1978, apud Starfield, 2002, p. 31). E, ainda segundo Giovanella (2012), “a clínica na atenção primária deve ser ampliada, capaz de compreender as dimensões subjetivas e sociais de cada sujeito” (p. 106).

Entretanto, a efetividade da APS só se consolida com a valorização de vínculos duradouros entre equipes e territórios. Conforme Giovanella (2012), “[...] para resolver 80% dos problemas de saúde, é necessário articular acolhimento, escuta e avaliação de riscos em diálogo com a comunidade” (p. 104). E, como lembra Starfield (2002), “[...] atenção primária de qualidade depende da orientação para a comunidade e da continuidade do cuidado” (p. 32).

O vínculo se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários. Acolhimento implica bem receber, escutar, oferecer proteção e amparo e dar resposta capaz de resolver o problema apresentado pelo usuário. Para que se estabeleça uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (Starfield, 2002), a unidade de saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência seja por meio da adscrição territorial, seja por meio da inscrição voluntária e pelo registro dos pacientes em uma unidade de saúde de escolha do usuário (Giovanella, 2012, p. 104).

Além disso, é indispensável investir na formação crítica dos profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam em territórios vulneráveis. Segundo Merhy e colaboradores (2003), “[...] é preciso superar o modelo flexneriano, biologicista e hospitalocêntrico” (apud Merhy et. al., 2003, p. 115). E, como apontam Garcia et. al. (2019), “[...] as diretrizes curriculares devem fomentar práticas emancipatórias e comprometidas com o SUS” (2003, p. 116).

Todavia, a formação interprofissional também se revela estratégica para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde. Como afirma a OMS (2010), “[...] a interprofissionalidade exige cooperação entre os saberes, compartilhando responsabilidades e objetivos comuns” (apud Merhy et. al., 2003, p. 117). E Ellery (2014) complementa: “[...] a equipe da ESF pode alcançar melhores resultados quando constrói um cuidado compartilhado” (2003, p. 118).

Soma-se a isso outra frente decisiva que é o enfrentamento do racismo estrutural e das iniquidades históricas que atravessam o SUS. Conforme PNPS (2014), “[...] a discriminação racial e de gênero ainda compromete a integralidade e a equidade no cuidado” (p. 21). E, segundo Paim (2021), “[...] não basta reconhecer o direito à saúde: é preciso enfrentar os mecanismos que historicamente negaram esse direito às populações negras, indígenas e periféricas” (p. 211).

É nesse contexto que a ampliação da participação social se torna um imperativo democrático e ético. Como lembra Carvalho (1997): “[...] os conselhos de saúde constituem instrumentos legítimos de controle social com caráter deliberativo” (apud Giovanella, 2012, p. 113). E Paim (2021) destaca que “[...] a radicalização da democracia passa pelo fortalecimento da base popular do SUS” (p. 312).

A construção de uma sociedade democrática, mais justa, na qual a participação direta dos cidadãos sustenta as instâncias e instituições, é um desafio constante. [...] Apesar dos problemas enfrentados pelo conjunto de órgãos colegiados e deliberativos para promover a participação, certamente vivemos uma experiência muito mais rica de aprendizado cívico e de tolerância, de negociação e de busca do bem comum, do que se essa institucionalidade de democracia sanitária não existisse (Giovanella, 2012, p. 113).

A democratização da saúde também depende do envolvimento popular na definição das prioridades territoriais. Segundo Giovanella (2012), “[...] a participação deixou de se restringir ao serviço de saúde e passou a incidir sobre o conjunto das políticas públicas” (p. 114). E, conforme o

relatório da PNPS, “[...] a gestão deve priorizar processos democráticos e participativos de regulação e controle” (2014, p. 15).

Logo, a intersetorialidade precisa deixar de ser apenas um princípio normativo e passar a orientar práticas concretas. De acordo com Paim (2021), “[...] ações resolutivas em saúde requerem parcerias com educação, habitação, cultura, segurança alimentar e outros setores” (p. 32). E a PNPS (2014) reforça que “[...] a saúde deve articular-se com as demais redes de proteção social por meio de objetivos comuns” (p. 14).

Desse modo, o saneamento, a moradia e o acesso à educação básica de qualidade são políticas que operam como vetores de saúde. Conforme a Comissão Nacional sobre DSS (CNDSS), “[...] a implementação de políticas públicas intersetoriais é essencial para enfrentar as iniquidades” (2008, p. 142). E Giovanella (2012) aponta que “[...] a água limpa, o esgoto tratado e a habitação adequada são determinantes diretos da saúde” (p. 117).

A atuação do setor saúde em saneamento tem ainda o caráter de fomentar políticas e ações, pesquisas, informações e apoio aos Programas Especiais do Governo Federal, como o Programa Comunidade Solidária, Programa Comunidade Ativa, Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna e Programa Nacional de Combate à Seca. [...] A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e saneamento [...] deve fundamentar sua atuação: o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação das ações de saneamento devem ser feitos em conjunto com o setor de saúde em todas as suas fases, de forma a maximizar o impacto positivo sobre as condições sanitárias da população. [...] Os serviços de saneamento são básicos para a saúde pública, consequentemente, devem ser acessíveis a toda a população (Brasil, 2006, p. 142).

O controle social sobre essas políticas, contudo, depende da “criação de novas gramáticas institucionais” que ampliem a cidadania. Segundo Santos e Avritzer (2002), “[...] a efetivação dos direitos passa pela construção de instâncias de participação e justiça social” (apud Giovanella, 2012, p. 115). E, como lembra Paim (2021), “[...] é necessário fincar o projeto da Reforma Sanitária nas instâncias sociocomunitárias” (p. 312).

Portanto, mais do que uma resposta técnica, a superação das desigualdades demanda um projeto político civilizatório. Conforme Paim (2021), “[...] a obtenção da equidade em saúde depende da ruptura com modelos fragmentados de gestão e da construção de um sistema público, intersetorial e universal” (p. 245). E Giovanella (2012) conclui que “[...] a radicalização da cidadania em saúde deve ser horizonte e método da ação coletiva” (p. 298).

#### **4 CONCLUSÃO**

Ao final deste percurso investigativo, tornou-se evidente que as desigualdades estruturais persistem como entraves concretos à efetivação do direito à saúde no Brasil. E, embora o SUS

represente um marco democrático e civilizatório, suas promessas de universalidade, equidade e integralidade permanecem parcialmente frustradas diante das condições materiais da população. Logo, não basta a existência normativa de um sistema público de saúde se os caminhos que conduzem a ele são atravessados por obstáculos históricos e sociais que limitam seu alcance real.

Conforme demonstrado ao longo da análise, fatores como raça, gênero, território, renda e escolaridade não apenas influenciam os perfis de adoecimento da população, mas também modulam, de forma decisiva, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção recebida. Ora por ausência de equipamentos e infraestrutura, ora por discriminações simbólicas e institucionais, grupos vulnerabilizados têm sua saúde comprometida por processos que extrapolam o campo biomédico. E, nesse sentido, a saúde adquire contornos de um espelho das injustiças sociais brasileiras.

Entretanto, não se trata apenas de reconhecer tais desigualdades, mas de compreender como elas operam de forma articulada dentro do próprio sistema de saúde. Seja nas filas intermináveis das periferias urbanas, nas longas viagens fluviais dos ribeirinhos ou na escuta negada às mulheres negras nos serviços obstétricos, o que se observa é a reprodução de padrões de exclusão sob o véu da universalidade. E, portanto, evidenciar essas assimetrias é um passo necessário para que políticas públicas mais justas possam ser formuladas.

Além disso, ficou claro que os determinantes sociais da saúde não atuam de maneira isolada, mas se sobrepõem, formando camadas de vulnerabilidade que atingem com maior força determinadas populações. Por isso, uma abordagem intersetorial se faz urgente e inadiável. Pois não é possível pensar políticas de saúde sem integrá-las às áreas da educação, do transporte, da habitação e do saneamento. Logo, o enfrentamento das desigualdades em saúde requer muito mais do que boa vontade política: exige planejamento, articulação e compromisso ético com a justiça social.

Como também foi possível observar, os documentos oficiais, os relatórios institucionais e a própria produção científica evidenciam os limites do modelo vigente. Não só os dados revelam lacunas, mas também os relatos da população e dos profissionais de saúde reforçam o abismo entre o que é preconizado nas normativas e o que é vivido nos territórios. Contudo, apesar das limitações, experiências concretas de cuidado em comunidades, projetos de extensão e práticas de resistência mostram que o SUS continua vivo, sustentado por sujeitos comprometidos com sua radicalidade democrática.

Todavia, esse potencial transformador só poderá se concretizar plenamente quando o Estado assumir a centralidade da equidade como princípio estruturante das políticas públicas. E, para tanto, é imprescindível que o racismo institucional, o sexism, o capacitismo e as formas de colonialidade do

saber sejam enfrentadas como prioridades. Pois nenhuma política será efetiva se continuar negando ou silenciando as subjetividades e saberes das populações que pretende atender.

Em meio às contradições, é preciso afirmar que o direito à saúde deve ser lido não como uma concessão do Estado, mas como uma conquista histórica dos movimentos sociais e dos sujeitos que resistem diariamente à precarização da vida. E, nesse sentido, o fortalecimento da participação social, a escuta qualificada dos usuários e a valorização dos saberes populares constituem pilares fundamentais para a construção de políticas de saúde verdadeiramente inclusivas.

Logo, repensar o SUS não significa negá-lo, mas, ao contrário, aprofundar sua vocação pública, intersetorial e democrática. E isso implica enfrentar os interesses privatistas que minam sua integralidade, denunciar os efeitos das políticas de austeridade e lutar por financiamento adequado. Pois sem recursos, sem planejamento territorial e sem valorização do trabalho em saúde, qualquer projeto de equidade estará fadado ao fracasso.

Entende-se, portanto, que a superação das desigualdades requer, antes de tudo, uma mudança na lógica que estrutura a produção das políticas públicas. Ou seja, é preciso deslocar o foco do atendimento individualizado e fragmentado para um cuidado centrado nas coletividades, nos territórios e nos sujeitos em sua integralidade. E essa mudança só será possível com formação crítica dos profissionais, compromisso político dos gestores e mobilização ativa da sociedade.

Desse modo, a saúde no Brasil continuará marcada por profundas desigualdades enquanto os determinantes sociais forem negligenciados nas práticas institucionais. Portanto, lutar por um SUS verdadeiramente universal, equitativo e integral é, antes de tudo, um compromisso com a vida. E, diante de tantas perdas evitáveis, omitir-se é pactuar com a injustiça.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, V. **Metrics:** what counts in global health. Durham: Duke University Press, 2016.
- ANDERSON, M. I. P.; PADULA, R.; RODRIGUES, P. H. A. **Territórios e vulnerabilidades:** atenção primária em tempos de crise. Rio de Janeiro: Cebes, 2023.
- AROUCA, S. C. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil:** relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 23 de Mar. de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- DOS SANTOS, A. N. S. et. al. Por uma atenção primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado a saúde da família. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 11001-11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700>. Acesso em: 15 Mar. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no brasil. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7636-7665, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-179. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3365>. Acesso em: 16 Mar. 2025.
- FARMER, P. **Pathologies of power:** health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press, 2003.
- FASSIN, D. **Humanitarian reason:** a moral history of the present. Berkeley: University of California Press, 2012.
- FREEMAN, M. **Law and sociology.** Oxford: Oxford University Press, 2018.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2004.

GARANTIA de acesso e cuidado: a importância das Redes de Atenção à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GARCIA, L.; LUZ, R.; NASCIMENTO, R. **Educação médica e saúde coletiva:** repensando a formação a partir do SUS. São Paulo: Hucitec, 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. **Política de saúde no Brasil nos anos 2000:** a agenda federal de prioridades. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. e00129616, 2017.

McKEOWN, T. **The role of medicine:** dream, mirage, or nemesis?. Princeton: Princeton University Press, 1980.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PAIM, J. S. **Sistemas universais de saúde e reformas neoliberais:** o caso do SUS. Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 161–176, 2009.

SCHEPER-HUGHES, N. **Death without weeping:** the violence of everyday life in Brazil. Berkeley: University of California Press, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. **OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA,** 23(2), e8946, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n2-041> Acesso em 16 de Mar. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo,** 16(4), e4045, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n4-136> Acesso em 26 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(6), e4510, 2024. Disponível em <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-101> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Vidas Entrelaçadas”: vivências e agenciamentos subjetivos de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(7), e4773, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-051> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “O grito silencioso”: desvendando os nós invisíveis do suicídio e da autolesão entre jovens no Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(8), e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(6), e7404, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-100> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(5), e4259, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n5-079> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. “De portas fechadas e uma infância fragmentada”: a importância da creche e pré-escola para abrir caminhos e garantir uma primeira infância plena no Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, 17(6), e7843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-335> Acesso em 23 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. et. al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitários e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 22(9), e6930, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-202> Acesso em 24 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Os novos manicômios: contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. **Caderno Pedagógico**, 21(12), e11224, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-245> Acesso em 25 de Fev. de 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Saúde mental materna – desconstruindo o “mito da maternidade” e enfrentando a depressão e a ansiedade no pós-parto. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 23(3), e9369, 2025. Disponível em <https://doi.org/10.55905/oelv23n3-128> Acesso em 25 de Mar. de 2025

SANTOS, A. N. S. dos. et. al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, 16(13), e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101> Acesso em 15 de Mar. de 2025.

VILAÇA MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

WEBER, M. **Ensaios de sociologia**. 4. ed. São Paulo: LTC, 1949.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003.