

Direito à saúde e desigualdade social: desafios para a efetivação das políticas públicas

Right to health and social inequality: challenges for the effectiveness of public policies

Raquel de Almeida Sales¹; Ana Paula de Figueiredo²; Oldair Donizete Galeni³; Dinamar Luzia Silva⁴; Alice Florentino Echeverria⁵; Rossibel Cavalcante Lobato Ferreira⁶; Tania Silveira⁷; Mithell Lobo Souto Maior⁸; Neuzilene da Silva Ximenes⁹; Fernanda de Sousa Evangelista Giaquette¹⁰; Erlylian Adriana Martins dos Santos¹¹; Solange Maria dos Santos¹²

Resumo

O direito à saúde constitui uma das principais conquistas sociais consolidadas pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabeleceu as bases para a criação de um sistema público fundamentado na universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, a existência de garantias normativas não elimina as profundas desigualdades econômicas, sociais, territoriais e institucionais que interferem nas condições de adoecimento e nas possibilidades concretas de acesso aos serviços. O presente artigo tem como objetivo analisar os desafios para a efetivação do direito à saúde diante das desigualdades sociais brasileiras, considerando os determinantes sociais da saúde, as diferenças regionais na distribuição de recursos e profissionais, as barreiras enfrentadas por populações em situação de

¹ Universidade Federal do Amazonas/UFAM – Manaus – AM – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0008-0009-3584-8227>

² Universidade Ibirapuera, Anhanguera e Cruzeiro do Sul – São Paulo– SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7541-1539>

³ Universidade Federal de Uberlândia – MG – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0586-9234>

⁴ Universidade Federal de Uberlândia – MG – Brasil.

⁵ Hospital Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) – Campo Grande – MS – Brasil.

⁶ Preceptora de Estágios – SMS – Uberlândia – MG – Brasil.

⁷ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

⁸ Universidade Federal do Amazonas/UFAM – Manaus – AM – Brasil.

⁹ Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM – Manaus – AM – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0503-1426>

¹⁰ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹¹ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹² Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

vulnerabilidade, o financiamento público e a necessidade de políticas intersetoriais. Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e descritivo-analítica, fundamentada em estudos científicos, legislação brasileira e documentos institucionais relacionados ao Sistema Único de Saúde e às políticas de promoção da equidade. A análise demonstra que a universalidade formal não significa, necessariamente, igualdade material de acesso. Renda, escolaridade, condições de moradia, trabalho, saneamento, transporte, raça/cor, gênero e território interferem tanto na exposição aos riscos quanto na capacidade de utilizar oportunamente os serviços de saúde. Nesse contexto, a efetivação do direito constitucional depende do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária à Saúde, do financiamento sustentável, da regionalização, da redução das barreiras de acesso e da articulação entre políticas sociais. Conclui-se que a redução das iniquidades exige compreender a saúde como direito fundamental indissociável das condições concretas de vida e reconhecer a equidade como elemento indispensável para transformar igualdade jurídica em justiça social.

Palavras-chave: Direito à saúde. Desigualdade social. Sistema Único de Saúde. Equidade. Políticas públicas. Determinantes sociais da saúde.

Abstract

The right to health represents one of the main social achievements consolidated by the Brazilian Federal Constitution of 1988, which recognized health as a right of all and a duty of the State and established the foundations for a public system based on universality, comprehensiveness, and equity. However, the existence of normative guarantees does not eliminate the profound economic, social, territorial, and institutional inequalities that affect health conditions and actual possibilities of access to services. This article aims to analyze the challenges to implementing the right to health in the context of Brazilian social inequalities, considering social determinants of health, regional differences in the distribution of resources and professionals, barriers faced by vulnerable populations, public financing, and the need for intersectoral policies. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive-analytical approach, based on scientific studies, Brazilian legislation, and institutional documents related to the Unified Health System and health equity policies. The analysis indicates that formal universality does not necessarily mean substantive equality of access. Income, education, housing conditions, work, sanitation, transportation, race/skin color, gender, and territory influence both exposure to health

risks and the ability to access health services in a timely manner. In this context, implementation of the constitutional right depends on strengthening the Unified Health System, Primary Health Care, sustainable financing, regionalization, reduction of access barriers, and coordination among social policies. It is concluded that reducing health inequities requires understanding health as a fundamental right inseparable from actual living conditions and recognizing equity as an essential element for transforming legal equality into social justice.

Keywords: Right to health. Social inequality. Unified Health System. Equity. Public policies. Social determinants of health.

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 promoveu profunda transformação na concepção jurídica e política da saúde no Brasil ao reconhecê-la como direito de todos e dever do Estado. Essa formulação rompeu com modelos historicamente marcados pela vinculação entre assistência e inserção formal no mercado de trabalho e estabeleceu uma concepção universal de cidadania sanitária. O artigo 196 determinou que esse direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde representou a institucionalização dessa concepção ampliada. Universalidade, integralidade e equidade passaram a constituir fundamentos essenciais para a organização da assistência, estabelecendo que o acesso não deveria depender da capacidade econômica individual. A universalização introduziu, portanto, uma mudança estrutural ao reconhecer que todos os cidadãos possuem direito às ações e serviços necessários à proteção de sua saúde.

Entretanto, mais de três décadas após a institucionalização do SUS, permanece uma tensão importante entre o reconhecimento jurídico do direito e sua concretização nas experiências cotidianas da população. A existência formal de um direito não significa que todos disponham das mesmas condições para exercê-lo. Distâncias territoriais, dificuldades de transporte, disponibilidade desigual de profissionais, tempos de espera, capacidade instalada dos municípios e diferenças socioeconômicas interferem nas possibilidades concretas de acesso.

Compreender essa contradição exige distinguir igualdade de equidade. A universalidade assegura que todas as pessoas sejam titulares do direito à saúde, enquanto a equidade reconhece que necessidades e condições sociais não são distribuídas uniformemente. Assim, oferecer exatamente os mesmos recursos para populações submetidas a condições profundamente diferentes pode preservar desigualdades preexistentes em vez de reduzi-las.

A própria organização atual do SUS reconhece essa necessidade. As políticas de promoção da equidade consideram que condições relacionadas à habitação, renda, trabalho, educação e demais determinantes sociais interferem diretamente na saúde e que populações submetidas a situações de vulnerabilidade podem necessitar de respostas específicas. A Atenção Primária ocupa posição estratégica nesse processo por constituir importante porta de entrada do sistema e manter relação territorial mais próxima com comunidades e famílias.

A desigualdade em saúde manifesta-se antes mesmo do contato com os serviços assistenciais. Pessoas submetidas a insegurança alimentar, moradia inadequada, exposição à violência, desemprego, trabalho precário, ausência de saneamento ou baixa escolaridade podem apresentar maior exposição a fatores capazes de produzir adoecimento. Dessa maneira, o direito à saúde não pode ser analisado exclusivamente pela disponibilidade de hospitais, consultas e medicamentos, pois as condições nas quais indivíduos nascem, crescem, trabalham e envelhecem também determinam suas possibilidades de alcançar níveis adequados de saúde.

Sob essa perspectiva, a desigualdade econômica adquire especial relevância. A renda interfere na capacidade de obter alimentação adequada, habitação segura, transporte, atividades preventivas e outros recursos relacionados à qualidade de vida. Embora o SUS garanta acesso independentemente da renda, indivíduos economicamente mais favorecidos dispõem de alternativas adicionais, como planos privados, consultas particulares e maior capacidade para deslocamento até centros especializados.

As desigualdades territoriais acrescentam outra dimensão ao problema. A distribuição de serviços de alta complexidade, equipamentos e profissionais especializados não ocorre de maneira homogênea no território nacional. Municípios de pequeno porte e localidades afastadas dos grandes centros podem depender de redes regionalizadas para determinados atendimentos,

fazendo com que transporte sanitário, regulação e integração entre diferentes níveis assistenciais se tornem elementos essenciais para a efetividade do direito.

A dimensão racial também precisa ser incorporada à análise das desigualdades em saúde. Condições sociais historicamente produzidas podem gerar diferenças de exposição a riscos, acesso a recursos e experiências dentro dos serviços. Enfrentar essas iniquidades exige reconhecer que desigualdades não resultam apenas de características individuais, mas de processos históricos, econômicos e institucionais que distribuem oportunidades e vulnerabilidades de maneira desigual.

Da mesma forma, gênero, deficiência, idade, situação de rua, pertencimento a povos indígenas ou comunidades tradicionais e condições migratórias podem produzir necessidades específicas. Uma política baseada exclusivamente em um usuário abstrato e homogêneo corre o risco de ignorar barreiras concretas enfrentadas por grupos distintos. A equidade pressupõe justamente a capacidade de reconhecer essas diferenças e desenvolver respostas proporcionais às necessidades.

Outro desafio encontra-se no financiamento das políticas públicas. Um sistema universal precisa atender uma população extensa, territorialmente dispersa e epidemiologicamente diversa. Mudanças demográficas, aumento da prevalência de doenças crônicas, incorporação tecnológica e crescimento das necessidades de cuidado ampliam permanentemente a pressão sobre os recursos disponíveis. A sustentabilidade financeira torna-se, portanto, componente inseparável da efetividade do direito à saúde.

A gestão também interfere na transformação de recursos em acesso. Filas prolongadas, fragmentação entre níveis assistenciais, dificuldades na regulação e problemas na comunicação entre serviços podem produzir desigualdades mesmo quando existe capacidade instalada. A organização das redes precisa considerar critérios clínicos, necessidades territoriais e vulnerabilidades, garantindo que recursos sejam distribuídos segundo necessidades e não apenas pela capacidade individual de navegar pelo sistema.

Nesse aspecto, a regionalização constitui instrumento relevante para enfrentar diferenças territoriais. Nem todos os municípios possuem condições para oferecer integralmente serviços de média e alta complexidade. Redes regionalizadas permitem compartilhar recursos e estabelecer

fluxos entre diferentes localidades. Entretanto, sua efetividade depende de mecanismos de referência e contrarreferência, transporte, regulação e cooperação interfederativa capazes de garantir continuidade do cuidado.

A Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS, instituída em 2025, reforça essa preocupação ao estabelecer entre seus objetivos a promoção do acesso equânime e oportuno e a redução das iniquidades regionais na atenção especializada. Essa perspectiva demonstra que a desigualdade de acesso permanece como questão contemporânea de gestão e não apenas como problema histórico do sistema.

Além das ações especificamente sanitárias, a redução das desigualdades depende de políticas intersetoriais. Saúde, educação, assistência social, habitação, saneamento, trabalho, segurança alimentar e meio ambiente apresentam relações permanentes. Uma política pública que trate doenças sem atuar sobre condições responsáveis pela sua produção tende a enfrentar continuamente as consequências sem modificar adequadamente suas causas estruturais.

O conceito de determinantes sociais da saúde amplia, portanto, a compreensão sobre responsabilidade estatal. O comando constitucional não restringe a garantia do direito à oferta de assistência depois que a doença ocorre. Ao mencionar políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos, a própria Constituição incorpora uma dimensão preventiva e estrutural ao direito à saúde.

Também se deve considerar a participação social. O SUS foi concebido dentro de uma perspectiva democrática que inclui conselhos e conferências como espaços de acompanhamento, deliberação e controle social. A participação da população pode contribuir para identificar necessidades que indicadores administrativos isoladamente não captam e aproximar o planejamento das realidades territoriais.

Nesse contexto, a efetivação das políticas públicas deve ser avaliada não apenas pela existência formal de programas, mas pela capacidade de produzir resultados concretos para grupos com necessidades distintas. Uma política pode possuir desenho universal e, ainda assim, apresentar alcance desigual quando barreiras territoriais, econômicas, culturais ou informacionais dificultam sua utilização por determinados segmentos.

A discussão sobre direito à saúde e desigualdade social encontra-se, assim, no centro da própria concepção de justiça social. Garantir formalmente que todos possuem o mesmo direito constitui etapa fundamental, porém insuficiente quando as condições necessárias ao seu exercício permanecem profundamente desiguais. A equidade procura justamente aproximar a norma jurídica da realidade social, direcionando maior atenção para aqueles que apresentam maiores necessidades.

Diante dessas considerações, o presente artigo tem como objetivo analisar os desafios para a efetivação do direito à saúde diante das desigualdades sociais brasileiras, discutindo a relação entre garantia constitucional, determinantes sociais, acesso ao SUS, desigualdades territoriais, financiamento, gestão e políticas de equidade. Busca-se compreender de que maneira a universalidade pode ser concretizada em uma sociedade marcada por diferenças socioeconômicas e quais estratégias podem contribuir para transformar o reconhecimento formal da saúde como direito fundamental em acesso materialmente equitativo.

2. Revisão da literatura

2.1 O direito fundamental à saúde na Constituição Federal

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou um marco na consolidação da saúde como direito social fundamental. Ao estabelecer, em seu artigo 6º, a saúde entre os direitos sociais e, no artigo 196, defini-la como direito de todos e dever do Estado, o texto constitucional modificou substancialmente a relação entre cidadania, proteção social e assistência sanitária. A saúde deixou de ser compreendida apenas como benefício vinculado à condição ocupacional ou contributiva e passou a integrar o conjunto de direitos cuja garantia deve alcançar universalmente a população.

O artigo 196 apresenta conteúdo particularmente relevante para compreender a amplitude dessa garantia. Ao determinar que a saúde deve ser assegurada mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e outros agravos, a Constituição ultrapassa uma interpretação exclusivamente assistencial. O dever estatal não se limita ao atendimento depois da instalação da doença, mas inclui intervenções sobre fatores que influenciam sua ocorrência e distribuição. Essa perspectiva aproxima o direito constitucional da concepção ampliada de saúde e da discussão contemporânea sobre determinantes sociais.

A regulamentação infraconstitucional fortaleceu essa orientação. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o funcionamento dos serviços correspondentes. Entre seus fundamentos encontra-se o reconhecimento de que níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Dessa forma, a legislação sanitária brasileira estabelece conexão explícita entre condições sociais e resultados em saúde.

A Lei nº 8.142, também de 1990, acrescentou elementos fundamentais relacionados à participação comunitária e às transferências intergovernamentais de recursos. Conselhos e conferências de saúde passaram a compor institucionalmente o sistema, reafirmando que a implementação das políticas públicas não deveria ocorrer de maneira exclusivamente administrativa, mas incorporar mecanismos de participação e controle social.

Nesse arranjo constitucional, o SUS assume a função de materializar o direito à saúde. Seu caráter universal significa que nenhuma pessoa pode ser excluída das ações e serviços públicos em razão de renda, vínculo empregatício, contribuição previdenciária ou condição social. A integralidade, por sua vez, procura articular promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reconhecendo que necessidades de saúde não podem ser fragmentadas exclusivamente segundo procedimentos ou doenças.

Todavia, a existência de uma estrutura normativa avançada não elimina automaticamente desigualdades historicamente constituídas. A distância entre reconhecimento jurídico e efetividade constitui um dos principais desafios das políticas sociais. Um direito pode estar formalmente disponível a todos e, ainda assim, ser exercido de maneira desigual quando diferentes grupos enfrentam obstáculos econômicos, geográficos, institucionais, informacionais ou culturais.

A efetividade do direito à saúde depende, portanto, da capacidade do Estado de transformar normas em estruturas, profissionais, financiamento, tecnologias, medicamentos e redes assistenciais acessíveis. Também depende da articulação com políticas que atuem sobre fatores responsáveis pela produção do adoecimento. Nesse sentido, o direito à saúde possui simultaneamente dimensão jurídica, sanitária, econômica e social.

2.2 Universalidade, igualdade e equidade no Sistema Único de Saúde

A universalidade constitui uma das características mais importantes do modelo sanitário brasileiro. Ao reconhecer toda a população como titular do direito, o SUS rompe com formas seletivas de proteção social e estabelece uma concepção de saúde associada à cidadania. Entretanto, universalidade não significa que todas as pessoas possuam exatamente as mesmas necessidades ou encontrem as mesmas condições para utilizar os serviços.

Essa distinção conduz ao conceito de equidade. Enquanto a igualdade formal pressupõe reconhecimento jurídico comum, a equidade procura considerar diferenças de necessidade, exposição a riscos e capacidade de acesso. Em uma sociedade profundamente desigual, oferecer respostas idênticas a grupos que partem de condições distintas pode preservar ou ampliar disparidades. Políticas equitativas procuram direcionar recursos e estratégias de maneira proporcional às necessidades existentes.

A equidade não deve ser interpretada como oposição à universalidade. Pelo contrário, constitui condição para sua concretização material. O sistema permanece universal porque todos possuem direito, mas precisa reconhecer que determinados grupos enfrentam obstáculos adicionais. Uma população residente em território remoto, por exemplo, pode necessitar de transporte sanitário e organização regional diferenciada para acessar o mesmo cuidado especializado disponível mais facilmente aos moradores de centros urbanos.

Diferenças também podem ocorrer no interior das grandes cidades. Moradores de áreas periféricas podem enfrentar maiores distâncias, transporte inadequado, jornadas de trabalho incompatíveis com horários dos serviços e dificuldades para realizar acompanhamento contínuo. Assim, a proximidade geográfica de equipamentos de saúde não garante, isoladamente, acessibilidade efetiva.

O debate sobre equidade envolve ainda a distribuição dos recursos. Municípios e regiões apresentam diferentes capacidades fiscais, administrativas e assistenciais. Sem mecanismos redistributivos e coordenação entre União, estados e municípios, desigualdades territoriais podem se reproduzir na própria capacidade de oferta dos serviços. O federalismo sanitário brasileiro exige, portanto, cooperação permanente para impedir que o local de residência determine excessivamente as possibilidades de cuidado.

A regionalização procura responder parcialmente a esse desafio. Como seria inviável instalar serviços altamente especializados em todos os municípios, redes regionais organizam fluxos para que usuários possam acessar recursos disponíveis em outros territórios. Para que esse modelo funcione de maneira equitativa, entretanto, encaminhamento, transporte, regulação, comunicação entre serviços e continuidade do cuidado precisam operar adequadamente.

Outra dimensão encontra-se na qualidade do acesso. O simples registro de uma consulta ou procedimento não significa que a necessidade tenha sido atendida oportunamente. Tempos excessivos de espera podem produzir agravamento clínico, aumentar sofrimento e gerar procura por serviços de urgência. Para pessoas que dispõem de recursos financeiros, a demora pode ser contornada mediante contratação privada; para aquelas dependentes exclusivamente do SUS, essa alternativa geralmente não existe.

Consequentemente, desigualdades de renda podem coexistir com a universalidade jurídica. A existência do SUS reduz importantes barreiras financeiras, mas não elimina as vantagens adicionais proporcionadas pela capacidade econômica. Essa constatação não diminui a importância do sistema público; ao contrário, evidencia a necessidade de fortalecê-lo como mecanismo redistributivo e instrumento de redução das desigualdades.

2.3 Determinantes sociais e produção das desigualdades em saúde

A compreensão contemporânea da desigualdade em saúde ultrapassa a análise do acesso aos serviços. Condições sociais influenciam exposição a riscos, desenvolvimento de doenças, capacidade de prevenção e possibilidades de recuperação. Renda, educação, trabalho, habitação, saneamento, alimentação, ambiente e relações sociais constituem dimensões fundamentais para compreender por que determinados grupos adoecem mais ou apresentam piores resultados.

As desigualdades em saúde não são simples diferenças estatísticas. O conceito de iniquidade acrescenta uma dimensão de injustiça ao reconhecer diferenças sistemáticas, evitáveis e socialmente produzidas. Quando populações submetidas a piores condições socioeconômicas apresentam maior exposição a doenças e simultaneamente encontram maiores dificuldades para acessar recursos capazes de preveni-las ou tratá-las, ocorre um processo de acumulação de desvantagens.

A renda ocupa posição relevante, mas não explica isoladamente o fenômeno. Pessoas com escolaridade reduzida podem enfrentar dificuldades para compreender informações, navegar pela rede assistencial ou reconhecer determinados riscos. Trabalhadores em vínculos precários podem adiar consultas por receio de perda salarial ou incompatibilidade de horários. Famílias sem transporte adequado podem ter dificuldade para realizar acompanhamento especializado em outros municípios.

As condições habitacionais demonstram de maneira clara a interdependência entre políticas sociais e saúde. Moradias com superlotação, umidade, ausência de saneamento ou exposição a riscos ambientais podem favorecer diferentes agravos. Nesses casos, a assistência clínica é necessária, mas não suficiente para eliminar as condições responsáveis pela produção contínua do adoecimento.

A segurança alimentar apresenta dinâmica semelhante. O acesso regular a alimentos adequados influencia no crescimento, desenvolvimento, prevenção de doenças crônicas e qualidade de vida. Famílias submetidas à insegurança alimentar podem precisar realizar escolhas determinadas mais pelo custo e disponibilidade do que pelas recomendações nutricionais. Dessa maneira, orientações individuais encontram limites quando não são acompanhadas por condições materiais que permitam sua aplicação.

O trabalho também constitui determinante fundamental. Desemprego, informalidade, exposição ocupacional, jornadas prolongadas e baixos salários podem produzir efeitos físicos e psíquicos. Além disso, a posição ocupacional interfere na possibilidade de acessar serviços durante o horário de funcionamento. A organização das políticas de saúde precisa considerar que determinadas barreiras decorrem não da falta de interesse pelo cuidado, mas das condições concretas de vida.

A educação apresenta relação multidimensional com a saúde. Maior escolaridade pode ampliar capacidade de compreender orientações, reconhecer riscos e utilizar informações disponíveis. Entretanto, não se deve reduzir desigualdades a supostas deficiências individuais de conhecimento. O letramento em saúde também depende da maneira como as instituições organizam e comunicam informações. Serviços excessivamente burocráticos ou linguagem incompreensível podem produzir barreiras mesmo para usuários com elevada escolaridade.

A análise dos determinantes sociais permite compreender que políticas sanitárias e políticas econômicas não podem ser completamente separadas. Decisões sobre emprego, renda, proteção social, habitação e infraestrutura produzem consequências sanitárias, ainda que não sejam formalmente classificadas como políticas de saúde. A efetivação do artigo 196 da Constituição pressupõe justamente reconhecer essa interdependência.

2.4 Desigualdades territoriais e acesso aos serviços de saúde

O território brasileiro apresenta enorme diversidade populacional, econômica e geográfica, produzindo desafios específicos para a organização de um sistema universal. Grandes centros urbanos concentram serviços especializados, universidades, hospitais de referência e profissionais, enquanto municípios menores podem depender de redes regionais para oferecer determinadas modalidades assistenciais.

A distribuição desigual de profissionais constitui componente importante desse cenário. Não basta contabilizar o número total de médicos, enfermeiros ou outros trabalhadores existentes no país; é necessário observar sua distribuição territorial e entre setores público e privado. Regiões com menor capacidade de atração e fixação de profissionais podem apresentar dificuldades para garantir continuidade assistencial.

Populações rurais, ribeirinhas, indígenas e residentes em áreas remotas enfrentam desafios adicionais relacionados a deslocamento, distância e infraestrutura. Para essas comunidades, políticas baseadas em modelos predominantemente urbanos podem ser insuficientes. Estratégias territoriais precisam considerar características geográficas, culturais e epidemiológicas específicas.

As periferias metropolitanas demonstram que desigualdade territorial não corresponde apenas à distância dos grandes centros. Uma pessoa pode residir na mesma cidade em que existem hospitais altamente especializados e ainda assim enfrentar dificuldades para acessá-los. Distribuição interna dos equipamentos, transporte, regulação e organização dos fluxos interferem na experiência concreta do usuário.

A Atenção Primária possui potencial para reduzir parte dessas desigualdades ao organizar cuidado próximo ao território. Equipes capazes de conhecer características epidemiológicas e

sociais da população podem identificar necessidades precocemente, acompanhar condições crônicas e coordenar encaminhamentos. Entretanto, esse potencial depende de cobertura, infraestrutura, composição adequada das equipes e integração com os demais pontos da rede.

2.5 Desigualdade racial, gênero e populações em situação de vulnerabilidade

A análise das desigualdades sociais em saúde precisa incorporar a maneira como diferentes formas de vulnerabilidade se sobrepõem. Condições econômicas, raciais, territoriais, de gênero e relacionadas à deficiência podem interagir, fazendo com que determinados grupos acumulem barreiras ao longo de suas trajetórias.

As desigualdades raciais em saúde estão relacionadas a processos históricos e estruturais que influenciam renda, moradia, educação, inserção ocupacional e exposição a diferentes riscos. Além desses determinantes, experiências discriminatórias podem interferir na relação com instituições e serviços. Políticas de equidade precisam reconhecer essas dimensões para evitar que uma abordagem aparentemente neutra reproduza desigualdades existentes.

No campo das relações de gênero, necessidades específicas de saúde coexistem com desigualdades sociais mais amplas. Mulheres podem apresentar elevada carga de trabalho remunerado e não remunerado, responsabilidades de cuidado e diferentes formas de violência. Homens, por outro lado, podem apresentar padrões específicos de procura tardia por serviços associados a construções sociais de masculinidade. Pessoas trans e outras populações historicamente discriminadas podem enfrentar barreiras adicionais relacionadas ao acolhimento e continuidade do cuidado.

Pessoas com deficiência necessitam de acessibilidade compreendida em sentido amplo. Rampas e adaptações físicas são importantes, mas não esgotam o conceito. Comunicação acessível, equipamentos adequados, transporte, capacitação das equipes e respeito à autonomia também integram o direito à saúde.

A população em situação de rua apresenta exemplo particularmente expressivo da relação entre vulnerabilidade social e saúde. Ausência de moradia, insegurança alimentar, exposição à violência e dificuldades de conservação de medicamentos podem tornar modelos convencionais

de acompanhamento inadequados. Políticas direcionadas a esse grupo precisam adaptar processos de cuidado às condições concretas de vida.

Povos indígenas e comunidades tradicionais igualmente demandam estratégias capazes de articular universalidade e respeito às especificidades culturais e territoriais. A equidade não significa estabelecer um padrão inferior ou separado de assistência, mas desenvolver formas de organização capazes de garantir o mesmo direito fundamental considerando diferentes realidades.

A interseccionalidade dessas condições demonstra que indivíduos não pertencem a categorias isoladas. Uma mulher negra, de baixa renda, com deficiência e residente em região periférica pode experimentar barreiras resultantes da combinação dessas dimensões. Políticas públicas precisam, portanto, desenvolver instrumentos capazes de identificar sobreposição de vulnerabilidades e não apenas tratar cada característica separadamente.

2.6 Financiamento, gestão e capacidade de efetivação das políticas públicas

A efetivação de direitos sociais exige recursos materiais. No campo da saúde, o financiamento sustenta unidades, equipes, medicamentos, vacinação, exames, hospitais, vigilância, transporte e inúmeras outras ações. A amplitude das responsabilidades atribuídas ao SUS torna o debate financeiro inseparável da discussão sobre efetividade constitucional.

A insuficiência ou instabilidade de recursos pode produzir efeitos distintos entre territórios. Municípios com menor capacidade fiscal dependem mais intensamente das transferências intergovernamentais, enquanto localidades economicamente mais fortes podem complementar investimentos. Sem mecanismos redistributivos adequados, diferenças de capacidade financeira podem transformar-se em diferenças de oferta.

A gestão eficiente dos recursos também constitui obrigação relevante. Ampliar financiamento sem planejamento, integração e avaliação não garante automaticamente melhoria do acesso. Por outro lado, eficiência administrativa não pode ser utilizada como argumento para ignorar necessidades reais de investimento. Sustentabilidade exige combinar financiamento adequado com governança, transparência, planejamento e avaliação de resultados.

Mudanças demográficas acrescentam novas pressões. O envelhecimento populacional amplia necessidades relacionadas a doenças crônicas, reabilitação, cuidados continuados e

assistência de longa duração. Simultaneamente, doenças transmissíveis, emergências sanitárias e agravos relacionados às condições sociais permanecem relevantes, produzindo demandas simultâneas sobre o sistema.

A incorporação de novas tecnologias também produz desafios distributivos. Medicamentos, procedimentos e equipamentos de elevado custo podem oferecer benefícios importantes, mas exigem decisões sobre prioridades em um contexto de recursos finitos. Avaliação de tecnologias em saúde e utilização de evidências científicas tornam-se fundamentais para conciliar inovação, efetividade, segurança e sustentabilidade.

Nesse cenário, o planejamento público precisa ser orientado pela equidade. Recursos não deveriam ser distribuídos exclusivamente segundo demanda já registrada, porque territórios mais vulneráveis podem apresentar necessidades ocultas justamente pela dificuldade de acessar serviços. Indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e territoriais devem participar da definição de prioridades.

2.7 Intersetorialidade e efetivação do direito à saúde

A complexidade dos determinantes sociais demonstra que o setor saúde não consegue, isoladamente, produzir todas as condições necessárias para reduzir iniquidades. Políticas de habitação, saneamento, educação, assistência social, trabalho, renda, alimentação e proteção ambiental possuem efeitos diretos e indiretos sobre os resultados sanitários.

A intersetorialidade procura superar respostas fragmentadas mediante articulação entre diferentes áreas governamentais. Uma criança com episódios recorrentes de doença respiratória decorrentes de condições inadequadas de moradia, por exemplo, necessita de assistência clínica, mas a redução duradoura do risco pode depender de intervenções habitacionais e ambientais.

Da mesma forma, pessoas com doenças crônicas podem receber orientações adequadas e ainda enfrentar dificuldades para segui-las em razão de insegurança alimentar, jornadas de trabalho extensas ou falta de transporte. Políticas centradas exclusivamente na responsabilização individual ignoram as condições materiais que delimitam as escolhas possíveis.

O princípio constitucional de redução do risco mediante políticas sociais e econômicas oferece fundamento para essa abordagem. A efetivação do direito à saúde não corresponde

apenas à ampliação de procedimentos assistenciais, mas à construção de condições sociais que reduzam adoecimento evitável.

2.8 Participação social e controle democrático das políticas de saúde

A participação social constitui característica estrutural do SUS e diferencia a saúde como política pública construída sob perspectiva democrática. Conselhos e conferências possibilitam que usuários, trabalhadores, gestores e outros segmentos participem da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas.

Essa participação possui especial importância no enfrentamento das desigualdades porque as necessidades territoriais nem sempre são plenamente identificadas por indicadores quantitativos. A experiência dos usuários pode revelar dificuldades de transporte, acolhimento, horários, comunicação e continuidade assistencial que não aparecem diretamente nos registros administrativos.

Para que o controle social cumpra sua função, entretanto, precisa existir acesso à informação, representatividade e condições efetivas de participação. Grupos socialmente vulneráveis podem enfrentar maiores dificuldades para ocupar espaços institucionais, fazendo com que desigualdades existentes na sociedade também se reproduzam nos processos participativos.

Fortalecer a participação significa, portanto, não apenas manter formalmente conselhos e conferências, mas ampliar capacidade de diferentes segmentos influenciarem decisões. Transparência orçamentária, divulgação acessível de indicadores e prestação pública de contas são componentes fundamentais desse processo.

A literatura analisada permite concluir que o direito à saúde no Brasil possui uma das mais relevantes bases normativas de proteção social, mas sua concretização ocorre em uma sociedade caracterizada por profundas desigualdades. A universalidade estabelece quem possui o direito; a integralidade orienta a amplitude do cuidado; e a equidade oferece o princípio necessário para reconhecer que a efetivação desse direito exige respostas diferenciadas diante de necessidades desiguais. A transformação desses princípios em realidade depende de

financiamento, organização das redes, políticas intersetoriais, participação social e enfrentamento sistemático dos determinantes que produzem iniquidades.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar os desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil diante das desigualdades sociais, econômicas, territoriais e institucionais, considerando os princípios constitucionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde, os determinantes sociais da saúde e a necessidade de políticas públicas orientadas pela universalidade, integralidade e equidade.

3.2 Objetivos específicos

Compreender a saúde como direito social fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988; analisar a relação entre universalidade, igualdade e equidade na organização do Sistema Único de Saúde; identificar os principais determinantes sociais associados às desigualdades em saúde; discutir as barreiras econômicas, territoriais, raciais, sociais e institucionais que interferem no acesso da população aos serviços; avaliar a importância da Atenção Primária à Saúde e da regionalização para redução das iniquidades; discutir os desafios relacionados ao financiamento, gestão e distribuição dos recursos; e apresentar estratégias capazes de fortalecer a efetivação das políticas públicas de saúde em uma perspectiva de justiça social.

4. Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e abordagem descritivo-analítica, direcionada à compreensão das relações existentes entre direito à saúde, desigualdade social, equidade e efetivação das políticas públicas brasileiras. A opção por esse delineamento possibilitou articular conhecimentos provenientes das áreas da Saúde Pública, Direito, Ciências Sociais e Políticas Públicas, reconhecendo que as desigualdades sanitárias constituem fenômeno multidimensional que não pode ser adequadamente compreendido a partir de uma única perspectiva disciplinar.

A pesquisa bibliográfica foi orientada por publicações disponíveis nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed/MEDLINE, além de documentos oficiais provenientes do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação Oswaldo Cruz e organismos internacionais relacionados à saúde e aos determinantes sociais. A dimensão jurídico-normativa foi analisada principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e de normas e políticas relacionadas à organização, financiamento, regionalização e promoção da equidade no Sistema Único de Saúde.

Para direcionar o levantamento, foram utilizados descritores e termos livres em português e inglês, combinados conforme pertinência temática, incluindo “direito à saúde”, “desigualdade social”, “desigualdades em saúde”, “equidade em saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “determinantes sociais da saúde”, “acesso aos serviços de saúde”, “políticas públicas de saúde”, “vulnerabilidade social”, “health inequalities”, “health inequities”, “right to health”, “social determinants of health”, “universal health coverage” e “healthcare access”.

Foram priorizadas publicações recentes capazes de demonstrar a configuração contemporânea das desigualdades em saúde, sem excluir trabalhos anteriores considerados fundamentais para a construção teórica dos conceitos de equidade, determinantes sociais e direito à saúde. Documentos normativos e institucionais foram selecionados segundo sua relevância para a compreensão da estrutura jurídica e organizacional do SUS.

A análise foi organizada em eixos temáticos relacionados à garantia constitucional do direito à saúde; universalidade e equidade; determinantes sociais; desigualdades territoriais; vulnerabilidades socioeconômicas; distribuição de profissionais e serviços; financiamento; Atenção Primária; regionalização; participação social; e intersetorialidade. As informações foram interpretadas buscando identificar de que maneira essas dimensões podem aproximar ou afastar a garantia normativa de sua concretização material.

Por se tratar de revisão fundamentada em literatura científica, legislação e documentos públicos, sem coleta de dados primários ou participação direta de seres humanos, não houve produção de informações individualizadas. Foram observados princípios de integridade científica,

adequada identificação das fontes e interpretação contextualizada dos resultados apresentados nos estudos selecionados.

5. Resultados e Discussão

A análise da literatura demonstra que a principal contradição relacionada ao direito à saúde no Brasil não se encontra na ausência de reconhecimento jurídico, mas na dificuldade de transformar uma garantia constitucional universal em acesso materialmente equitativo em uma sociedade profundamente desigual. A Constituição Federal e a legislação sanitária estabeleceram uma estrutura normativa abrangente, porém as condições econômicas, sociais e territoriais nas quais os cidadãos exercem esse direito permanecem heterogêneas.

O SUS desempenha papel fundamental na redução dessas diferenças ao oferecer ações e serviços independentemente da capacidade de pagamento. Sua existência representa importante mecanismo redistributivo, especialmente para grupos que não possuem cobertura privada. Entretanto, a universalidade do sistema convive com desigualdades relacionadas à distribuição de serviços, profissionais, tecnologias e recursos entre diferentes regiões e grupos sociais.

Essa realidade evidencia que igualdade jurídica e igualdade material não são conceitos equivalentes. Duas pessoas podem possuir formalmente o mesmo direito a determinado procedimento, mas encontrar possibilidades completamente diferentes para realizá-lo. Distância, transporte, renda, disponibilidade de profissionais, capacidade de compreender fluxos administrativos e tempo de espera podem determinar se o direito será efetivamente exercido.

Quadro 1 – Dimensões da desigualdade e desafios para a efetivação do direito à saúde

Dimensão da desigualdade	Barreira ao direito à saúde	Possíveis consequências	Respostas necessárias das políticas públicas
Renda	Dificuldade para transporte, alimentação e acesso complementar	Adiamento do cuidado e menor continuidade assistencial	Proteção social, fortalecimento do SUS e integração intersetorial

Território	Distância de serviços especializados e concentração de recursos	Diagnóstico e tratamento tardios	Regionalização, transporte sanitário e descentralização planejada
Escolaridade e informação	Dificuldade para compreender orientações e fluxos	Menor capacidade de navegação no sistema	Comunicação acessível e fortalecimento do letramento em saúde
Raça/cor	Desigualdades socioeconômicas e possíveis barreiras institucionais	Maior exposição a riscos e diferenças no acesso	Políticas de equidade e enfrentamento do racismo institucional
Gênero	Necessidades específicas e desigual divisão do trabalho de cuidado	Sobrecarga e dificuldades de acesso oportuno	Políticas sensíveis às diferenças de gênero
Deficiência	Barreiras físicas, comunicacionais e organizacionais	Restrição da autonomia e dificuldade de utilização dos serviços	Acessibilidade integral e qualificação profissional
Situação de rua	Ausência de moradia, documentação e condições para continuidade terapêutica	Interrupção de tratamentos e agravamento de doenças	Estratégias territoriais e cuidado adaptado
Trabalho precário	Incompatibilidade de horários e risco de perda de renda	Adiamento de consultas e exames	Ampliação de horários e articulação com políticas trabalhistas

Saneamento e moradia	Exposição contínua a riscos ambientais	Adoecimento recorrente e evitável	Políticas de saneamento, habitação e saúde ambiental
Capacidade municipal	Diferenças fiscais, administrativas e assistenciais	Oferta desigual de serviços	Financiamento redistributivo e cooperação interfederativa

Fonte: elaboração dos autores, com base na literatura analisada.

5.1 A distância entre o direito formal e o acesso real

O reconhecimento constitucional da saúde como direito universal representa condição indispensável para a construção de políticas públicas, mas sua efetividade depende da existência de meios concretos para exercê-lo. A disponibilidade nominal de determinado serviço não significa necessariamente acesso quando existem filas prolongadas, barreiras geográficas ou ausência de profissionais.

A dimensão temporal assume importância especial. Uma consulta realizada depois de longo período pode ter significado clínico completamente diferente daquela realizada oportunamente. Determinadas doenças apresentam melhores prognósticos quando diagnosticadas precocemente, fazendo com que demora no acesso se transforme em desigualdade de resultado.

Usuários com maior renda podem, em determinadas circunstâncias, utilizar serviços privados para contornar filas ou indisponibilidade. Aqueles que dependem exclusivamente do sistema público possuem menor capacidade de criar alternativas individuais. Dessa maneira, diferenças socioeconômicas externas ao SUS podem interferir na experiência concreta de utilização do sistema.

A efetividade precisa ser avaliada, portanto, não apenas pela quantidade de procedimentos oferecidos, mas pela capacidade de responder às necessidades em tempo adequado, com continuidade e qualidade. Indicadores de acesso precisam incorporar dimensões territoriais e socioeconômicas para identificar onde as barreiras estão concentradas.

5.2 Pobreza, vulnerabilidade e acumulação de riscos

A desigualdade social interfere simultaneamente na exposição ao adoecimento e na capacidade de enfrentá-lo. Populações de baixa renda podem apresentar maior exposição a moradia inadequada, insegurança alimentar, violência, condições precárias de trabalho e ambientes com infraestrutura insuficiente. Quando essas condições se acumulam, o risco sanitário também tende a se concentrar.

O fenômeno produz uma situação paradoxal: grupos com maiores necessidades podem ser justamente aqueles que encontram maiores obstáculos para utilizar determinados serviços. A equidade procura corrigir essa inversão mediante priorização proporcional às necessidades e desenvolvimento de estratégias específicas.

A vulnerabilidade também não deve ser interpretada como característica intrínseca do indivíduo. Muitas situações consideradas vulneráveis são produzidas por estruturas econômicas, políticas e sociais. Essa distinção evita culpabilizar pessoas por condições que resultam de desigualdades estruturais e direciona a análise para os mecanismos responsáveis pela distribuição desigual de recursos e oportunidades.

5.3 O território como determinante do acesso

O local onde uma pessoa vive influencia significativamente suas possibilidades de cuidado. Municípios de grande porte tendem a concentrar serviços especializados e hospitais de referência, enquanto localidades menores dependem de pactuações regionais. Essa organização é necessária, mas pode produzir barreiras quando fluxos de encaminhamento e transporte não funcionam adequadamente.

Em determinadas situações, o usuário precisa percorrer grandes distâncias para realizar consultas, exames ou procedimentos. O deslocamento envolve custos diretos e indiretos, como alimentação, ausência no trabalho e necessidade de acompanhante. Assim, um serviço formalmente gratuito pode produzir custos sociais significativos para famílias vulneráveis.

A regionalização precisa ser acompanhada por políticas de transporte sanitário, sistemas eficientes de regulação e mecanismos de continuidade assistencial. Encaminhar um paciente para outro município sem garantir condições para o deslocamento não assegura plenamente o direito.

Tecnologias de telessaúde podem contribuir para reduzir algumas barreiras, especialmente no apoio às equipes locais e em situações nas quais a avaliação remota é adequada. Contudo, não substituem integralmente infraestrutura presencial e podem reproduzir desigualdades quando usuários ou unidades possuem conectividade insuficiente.

5.4 Atenção Primária como instrumento de redução das iniquidades

A Atenção Primária à Saúde apresenta papel estratégico porque atua próxima aos territórios e pode identificar necessidades antes que se transformem em demandas de maior complexidade. A Estratégia Saúde da Família possibilita acompanhamento longitudinal e conhecimento das condições sociais das comunidades, características essenciais para intervenções orientadas pela equidade.

Visitas domiciliares, atuação dos agentes comunitários e acompanhamento de grupos prioritários podem aproximar o sistema de pessoas que apresentam dificuldades para procurar espontaneamente os serviços. Essa capacidade de busca ativa diferencia uma política baseada apenas na demanda daquela orientada pelas necessidades existentes no território.

Quando fortalecida, a Atenção Primária pode reduzir internações evitáveis, melhorar controle de doenças crônicas, ampliar cobertura vacinal e favorecer diagnóstico oportuno. Entretanto, sua capacidade depende de equipes suficientes, infraestrutura, disponibilidade de insumos e integração com serviços especializados.

A coordenação do cuidado representa desafio particularmente importante. Encaminhar usuários sem receber informações posteriores fragmenta a assistência. Sistemas regionalizados precisam garantir comunicação entre Atenção Primária, especialistas, hospitais e serviços de diagnóstico para que o usuário não seja responsável por reconstruir sozinho seu percurso assistencial.

5.5 Desigualdades raciais e justiça sanitária

As diferenças raciais observadas em indicadores de saúde não podem ser compreendidas apenas a partir de fatores biológicos. Desigualdades históricas de renda, educação, moradia, trabalho e exposição ambiental contribuem para padrões distintos de adoecimento e mortalidade.

O racismo institucional também integra o debate quando práticas, estruturas ou rotinas produzem resultados desiguais, mesmo sem manifestação explícita de preconceito individual. Identificar essas situações exige produção de dados desagregados e avaliação contínua da qualidade do acesso entre diferentes grupos.

Políticas de equidade precisam combinar reconhecimento das desigualdades com ações concretas de enfrentamento. Capacitação profissional, qualificação dos sistemas de informação, participação das comunidades e incorporação da dimensão racial ao planejamento podem contribuir para reduzir diferenças evitáveis.

5.6 Financiamento público e desigualdade de capacidade assistencial

A sustentabilidade financeira constitui condição necessária para transformar direitos em serviços. O caráter universal do SUS implica responsabilidade sobre ações que abrangem desde vacinação e vigilância epidemiológica até transplantes e terapias de alta complexidade.

Diferenças de capacidade fiscal entre municípios tornam indispensável a atuação redistributiva das demais esferas federativas. Sem transferências adequadas, localidades com maior vulnerabilidade econômica poderiam oferecer justamente menos recursos às populações que apresentam maiores necessidades.

O financiamento precisa também acompanhar mudanças demográficas e epidemiológicas. Envelhecimento, doenças crônicas, necessidades de saúde mental, reabilitação e novas tecnologias ampliam demandas. Planejamento orçamentário insuficiente pode produzir filas, deterioração da infraestrutura e sobrecarga dos trabalhadores.

Por outro lado, defender financiamento adequado não elimina a necessidade de eficiência. Recursos públicos devem ser utilizados de maneira transparente, orientados por evidências e submetidos a mecanismos de avaliação. Eficiência e equidade precisam ser compreendidas como dimensões complementares, e não concorrentes.

5.7 Políticas intersetoriais e enfrentamento das causas estruturais

A assistência em saúde possui capacidade limitada quando as condições responsáveis pelo adoecimento permanecem inalteradas. Tratar repetidamente doenças associadas a saneamento

inadequado sem modificar a infraestrutura ambiental exemplifica os limites de uma resposta exclusivamente clínica.

Políticas intersetoriais procuram atuar sobre essas causas mediante articulação entre saúde, educação, habitação, saneamento, trabalho, assistência social, segurança alimentar e meio ambiente. Essa perspectiva está alinhada à própria formulação constitucional do direito à saúde, que menciona expressamente políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos.

A intersetorialidade apresenta dificuldades práticas porque diferentes setores possuem estruturas administrativas, orçamentos e prioridades próprias. Para superar a fragmentação, são necessários planejamento compartilhado, metas comuns e mecanismos de governança capazes de responsabilizar diferentes áreas pelos resultados.

A análise dos determinantes sociais oferece uma referência importante para definir essas prioridades. Territórios com alta vulnerabilidade podem ser identificados mediante combinação de indicadores de renda, saneamento, escolaridade, condições de moradia e resultados sanitários, permitindo direcionar políticas integradas.

5.8 Judicialização e efetivação do direito à saúde

A judicialização constitui outra dimensão relevante da relação entre direito e desigualdade. A possibilidade de recorrer ao Poder Judiciário representa mecanismo legítimo de proteção quando direitos são violados ou prestações devidas não são disponibilizadas. Entretanto, decisões individuais também podem produzir desafios para planejamento e alocação de recursos em sistemas universais.

O debate exige equilíbrio. Restringir o acesso à Justiça poderia fragilizar a proteção dos cidadãos, especialmente diante de omissões administrativas. Por outro lado, decisões sem consideração adequada das evidências científicas, das políticas existentes e dos impactos distributivos podem interferir na organização coletiva dos recursos.

As desigualdades de acesso ao próprio sistema de justiça também precisam ser consideradas. Pessoas com maior conhecimento, recursos ou assistência jurídica podem apresentar diferentes capacidades para reivindicar prestações. Defensoria Pública, assistência

jurídica gratuita e mecanismos administrativos acessíveis possuem importância para evitar que a judicialização se transforme em mais um fator de desigualdade.

O fortalecimento das políticas públicas constitui uma das formas mais consistentes de reduzir conflitos judiciais. Sistemas transparentes de incorporação tecnológica, protocolos baseados em evidências, canais administrativos eficientes e respostas oportunas podem diminuir situações em que a ação judicial aparece como única alternativa percebida pelo usuário.

5.9 Da universalidade formal à equidade material

Os resultados discutidos demonstram que a efetivação do direito à saúde depende de transformar a universalidade jurídica em capacidade concreta de utilização dos serviços. Esse movimento exige reconhecer que diferentes pessoas necessitam de diferentes níveis de apoio para alcançar oportunidades semelhantes de cuidado.

A equidade não significa conceder privilégios, mas responder proporcionalmente às desigualdades. Direcionar mais recursos para territórios com maior vulnerabilidade, ampliar estratégias para populações com barreiras específicas e organizar prioridades segundo risco e necessidade constituem formas de materializar esse princípio.

O planejamento orientado pela equidade também exige informações qualificadas. Dados agregados podem ocultar desigualdades internas. Indicadores desagregados por território, renda, raça/cor, sexo, idade e outras características relevantes ajudam a identificar grupos que apresentam piores resultados e permitem avaliar se políticas estão efetivamente reduzindo diferenças.

Finalmente, a consolidação do direito à saúde depende de reconhecer que o SUS não atua isoladamente da sociedade na qual está inserido. Um sistema universal pode reduzir profundamente as consequências da desigualdade, mas não consegue eliminar sozinho estruturas econômicas e sociais responsáveis por sua produção. A efetivação plena das políticas públicas de saúde exige, portanto, simultaneamente o fortalecimento do sistema sanitário e a redução das desigualdades sociais que determinam quem adoece, em quais condições e com quais possibilidades de receber cuidado.

6. Considerações finais

A Constituição Federal de 1988 consolidou uma mudança fundamental na proteção social brasileira ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado. A instituição do Sistema Único de Saúde transformou esse reconhecimento jurídico em uma política pública universal, fundamentada na perspectiva de que o acesso às ações e aos serviços de saúde não pode depender exclusivamente da capacidade econômica, da inserção profissional ou da contribuição individual. Entretanto, a análise desenvolvida ao longo deste estudo demonstra que a universalidade normativa permanece confrontada por desigualdades sociais, econômicas, raciais, territoriais e institucionais que interferem nas possibilidades concretas de exercício desse direito.

A existência de uma garantia constitucional universal não significa que todos os indivíduos disponham das mesmas condições para acessá-la. Renda, escolaridade, moradia, saneamento, transporte, condições de trabalho, território e outras características sociais influenciam tanto a exposição aos fatores de adoecimento quanto a capacidade de procurar e utilizar oportunamente os serviços. Consequentemente, a desigualdade em saúde não pode ser compreendida exclusivamente a partir da disponibilidade de consultas, exames, medicamentos ou hospitais, pois começa a ser produzida muito antes da entrada do indivíduo no sistema assistencial.

Nesse contexto, a distinção entre igualdade e equidade torna-se essencial. Reconhecer todas as pessoas como titulares do mesmo direito constitui princípio indispensável, porém populações submetidas a condições desiguais podem necessitar de recursos e estratégias diferenciadas para alcançar oportunidades semelhantes de cuidado. A equidade não contradiz a universalidade; ao contrário, oferece os instrumentos necessários para sua concretização material.

As desigualdades territoriais representam um dos desafios mais expressivos para essa efetivação. A concentração de serviços especializados, tecnologias e profissionais em determinadas localidades faz com que o território de residência possa influenciar significativamente o percurso assistencial. Regionalização, organização das redes, transporte sanitário e sistemas de regulação precisam funcionar de maneira articulada para impedir que distância geográfica se transforme em impedimento ao exercício de um direito constitucional.

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica nesse enfrentamento. Sua proximidade com famílias e comunidades possibilita reconhecer necessidades sociais e

epidemiológicas, desenvolver ações preventivas, acompanhar condições crônicas e coordenar o cuidado. A Estratégia Saúde da Família, especialmente quando articulada à atuação territorial dos agentes comunitários, possui potencial para aproximar o sistema de grupos que encontram maiores dificuldades para acessar espontaneamente os serviços.

Entretanto, fortalecer a Atenção Primária exige investimento contínuo em infraestrutura, composição e qualificação das equipes, disponibilidade de insumos e integração com os demais níveis assistenciais. A porta de entrada somente exerce plenamente sua função quando existem caminhos efetivos para que o usuário prossiga na rede sempre que necessitar de atenção especializada, diagnóstico, hospitalização ou reabilitação.

O financiamento apresenta-se igualmente como condição indispensável para a concretização das políticas públicas. Um sistema universal que atende uma população extensa e heterogênea necessita de recursos compatíveis com suas responsabilidades. Envelhecimento populacional, doenças crônicas, demandas de saúde mental, incorporação tecnológica e necessidades de reabilitação aumentam progressivamente a complexidade assistencial. Nesse cenário, o financiamento sustentável precisa estar associado a planejamento, transparência, eficiência e critérios redistributivos capazes de priorizar territórios e grupos com maiores necessidades.

Outro resultado relevante refere-se à necessidade de superar interpretações que atribuem exclusivamente aos indivíduos responsabilidade por seus resultados de saúde. Recomendar alimentação adequada, prática de atividade física, adesão terapêutica e acompanhamento preventivo possui importância indiscutível, mas essas orientações encontram limites quando as pessoas vivem em condições de insegurança alimentar, trabalho precário, ausência de saneamento, moradia inadequada ou dificuldade de transporte. A autonomia individual é exercida dentro de possibilidades socialmente determinadas.

As desigualdades raciais e de gênero reforçam a necessidade de políticas orientadas por uma perspectiva interseccional. As condições sociais não atuam isoladamente, podendo combinar-se e produzir diferentes níveis de vulnerabilidade. A identificação dessas diferenças depende da produção de dados adequadamente desagregados e da capacidade dos gestores de transformar informações epidemiológicas em prioridades concretas.

A judicialização da saúde acrescenta complexidade ao debate. O Poder Judiciário constitui importante instrumento para proteção de direitos diante de omissões ou violações, mas a efetivação sustentável do direito à saúde não pode depender predominantemente da capacidade individual de recorrer judicialmente. O fortalecimento das políticas públicas, a transparência dos critérios de acesso, a avaliação científica das tecnologias e a existência de mecanismos administrativos eficientes podem reduzir situações nas quais a ação judicial se apresenta como única alternativa disponível ao cidadão.

A intersetorialidade emerge como outra condição fundamental. As políticas de saúde não possuem capacidade isolada para modificar todos os determinantes responsáveis pelo adoecimento. Saneamento, habitação, educação, emprego, renda, segurança alimentar, assistência social e proteção ambiental precisam ser compreendidos como componentes de uma política ampliada de promoção da saúde. Essa interpretação encontra respaldo na própria Constituição, que vincula a garantia da saúde às políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos.

A participação social também deve permanecer como elemento estruturante do sistema. Conselhos, conferências e outras formas de controle democrático permitem aproximar planejamento e necessidades concretas dos territórios. Para que essa participação contribua efetivamente para a equidade, é necessário garantir condições para que grupos historicamente vulnerabilizados também estejam representados nos espaços decisórios.

Dessa forma, a avaliação das políticas públicas não pode restringir-se à existência formal de programas ou ao volume agregado de procedimentos realizados. É necessário investigar quem consegue acessar os serviços, em quanto tempo, em quais condições e com quais resultados. Médias nacionais podem ocultar diferenças importantes entre regiões, grupos socioeconômicos e populações específicas.

A redução das desigualdades demanda, portanto, um planejamento orientado por evidências e necessidades. Informações territoriais, epidemiológicas e socioeconômicas podem subsidiar critérios mais equitativos de alocação de recursos, permitindo direcionar maior investimento para locais onde vulnerabilidades e necessidades sanitárias se encontram concentradas.

Conclui-se que a efetivação do direito à saúde no Brasil depende de uma transição permanente da universalidade formal para a equidade material. O SUS constitui um dos principais instrumentos institucionais para realizar essa transformação, mas seu potencial está diretamente relacionado ao financiamento adequado, fortalecimento da Atenção Primária, regionalização eficiente, valorização dos trabalhadores, participação social e articulação com outras políticas públicas.

Mais do que assegurar formalmente que todos possuem direito à saúde, uma sociedade comprometida com justiça social precisa criar condições para que esse direito possa ser efetivamente exercido por todos. Reduzir as desigualdades sanitárias significa reconhecer que saúde, cidadania e dignidade são dimensões inseparáveis e que a proteção da vida depende não somente da assistência prestada diante da doença, mas também da construção de condições sociais que permitam às pessoas viver, trabalhar e envelhecer com dignidade.

Referências

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'Ávila; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 10 set. 2026.

BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; AZEVEDO, R. C. S.; ROMERO, D.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, Í. E.; DAMACENA, G. N.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P.; PINA, M. F.; GRACIE, R. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, e2020427, 2020. DOI: 10.1590/S1679-49742020000400018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>. Acesso em: 10 set. 2026.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016146195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Acesso em: 10 set. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 set. 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 10 set. 2026.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 10 set. 2026.

FLEURY, S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1724-1725, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60318-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60318-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60318-8). Acesso em: 10 set. 2026.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. F.; BARROS, M. B. A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051000090. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>. Acesso em: 10 set. 2026.

MIRANDA, W. D.; SILVA, G. D. M.; FERNANDES, L. M. M.; SILVEIRA, F.; SOUSA, R. P. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, e00119022, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT119022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022>. Acesso em: 10 set. 2026.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 10 set. 2026.

QUADRA, M. R.; SCHÄFER, A. A.; MELLER, F. O. Desigualdades no uso dos serviços de saúde em um município no Sul do Brasil em 2019: estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 32, n. 1, e2022435, 2023. DOI: 10.1590/S2237-96222023000100025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100025>. Acesso em: 10 set. 2026.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06082018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>. Acesso em: 10 set. 2026.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06092018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Acesso em: 10 set. 2026.

SILVA, N. N.; FAVACHO, V. B. C.; BOSKA, G. A.; ANDRADE, E. C.; MERCES, N. P.; OLIVEIRA, M. A. F. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 4, e20180834, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0834. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>. Acesso em: 10 set. 2026.

VIANA, A. L. d'Ávila; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.

1791-1798, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 10 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acesso em: 10 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>. Acesso em: 10 set. 2026.