Desigualdades Invisíveis: Como Determinantes Sociais Moldam o Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil Contemporâneo

Invisible Inequalities: How Social Determinants Shape Access to Healthcare Services in Contemporary Brazil

Ianny de Assis Dantas

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaribe. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde Pública e Mestre em Gestão e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE e Doutoranda em Medicina Translacional pela Universidade Federal do Ceará – UFC.

http://lattes.cnpq.br/1089297327940070

RESUMO

Este estudo discute como os determinantes sociais influenciam o acesso aos serviços de saúde no Brasil contemporâneo, destacando que as desigualdades vão além das condições econômicas e incluem fatores como escolaridade, raça, gênero, território, condições de trabalho e ambiente. Analisa-se como essas dimensões estruturais moldam oportunidades, limitam direitos e produzem formas de exclusão muitas vezes invisibilizadas pelas políticas públicas. O texto evidencia que populações em situação de vulnerabilidade enfrentam barreiras no acesso, na qualidade e na continuidade do cuidado, o que reforça disparidades históricas e compromete a efetividade do Sistema Único de Saúde. Argumenta-se que reconhecer e enfrentar essas desigualdades é fundamental para promover equidade, fortalecer políticas integradas e redefinir estratégias de cuidado que considerem a complexidade do contexto social brasileiro. O estudo contribui para o debate sobre justiça social, apresentando caminhos possíveis para reduzir desigualdades e ampliar o acesso universal e integral à saúde.

Palavras-chave: desigualdades sociais; determinantes sociais da saúde; acesso aos serviços de saúde; equidade em saúde; políticas públicas brasileiras.

ABSTRACT

This study examines how social determinants shape access to healthcare services in contemporary Brazil, emphasizing that inequalities extend beyond economic factors and encompass education, race, gender, territory, working conditions, and environmental

context. It examines how these structural elements shape opportunities, limit rights, and create forms of exclusion that often remain invisible within public policy frameworks. The analysis reveals that vulnerable populations encounter significant barriers to access, quality, and continuity of care, thereby reinforcing historical disparities and limiting the effectiveness of the Unified Health System. The study argues that acknowledging and addressing these inequalities is essential to promoting equity, strengthening integrated policies, and redefining care strategies that reflect the complexities of Brazilian social dynamics. It contributes to the broader debate on social justice by suggesting pathways to reduce disparities and enhance universal and comprehensive healthcare access.
Keywords: social inequalities; social determinants of health; healthcare access; health equity; public policies in Brazil.

INTRODUÇÃO

A compreensão das desigualdades em saúde no Brasil exige uma análise dos determinantes sociais que estruturam o modo como diferentes grupos acessam, utilizam e se beneficiam dos serviços de saúde. Embora o país conte com um sistema público universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), a garantia prática desse direito ainda é marcada por assimetrias históricas que influenciam as oportunidades de cuidado. No Brasil contemporâneo, aspectos como renda, escolaridade, raça, classe social, gênero, território e condições de trabalho exercem um impacto significativo sobre o processo saúde-doença, moldando trajetórias individuais e coletivas. A saúde, portanto, não pode ser compreendida de forma isolada, mas como produto de múltiplos fatores sociais que, ao se inter-relacionarem, produzem desigualdades muitas vezes invisíveis, mas enraizadas na sociedade.

Os determinantes sociais da saúde constituem um campo de estudo que busca compreender como condições de vida e estruturas sociais interferem no bem-estar físico e mental das populações (Fornazari et al., 2024). No cenário brasileiro, marcado por disparidades regionais, desigualdade de renda, precarização do trabalho e exclusão territorial, esses fatores se tornam ainda mais explícitos. Regiões periféricas, zonas rurais distantes de centros urbanos, comunidades indígenas e quilombolas, populações negras, mulheres e grupos vulnerabilizados enfrentam desafios estruturais que dificultam o acesso efetivo aos serviços de saúde. Essas desigualdades aparecem na oferta limitada de

serviços, na baixa disponibilidade de profissionais, no acesso desigual à informação, na distância física de unidades de atendimento e nas barreiras culturais e institucionais que tornam o sistema mais acessível para uns do que para outros.
A invisibilidade dessas desigualdades está relacionada ao fato de que muitas delas se naturalizam no cotidiano (Krieger, 2023). Quando um indivíduo não consegue marcar consulta, abandona o tratamento por falta de transporte, enfrenta longas filas, recebe atendimento desumanizado ou não encontra medicamentos disponíveis, tais situações costumam ser vistas como problemas isolados do sistema. No entanto, essas experiências refletem um conjunto de condicionantes sociais que restringem direitos e reproduzem padrões de exclusão. Assim, aquilo que parece um problema pontual é, na verdade, expressão de uma estrutura desigual que antecede e supera o espaço institucional da saúde. Essa naturalização faz com que barreiras sistemáticas permaneçam pouco discutidas, dificultando a construção de políticas públicas capazes de enfrentá-las de forma efetiva (Silva, 2025).
No Brasil contemporâneo, além dos desafios já históricos, novos cenários se consolidam, como o aumento da vulnerabilidade social, a ampliação do trabalho informal, a insegurança alimentar, a urbanização acelerada e a falta de investimentos contínuos no setor público (Alves, 2025). Esses fatores impactam a capacidade do SUS de garantir acesso universal e integral (Krieger, 2025). Em regiões de maior vulnerabilidade, a ausência de políticas públicas integradas agrava a situação, tornando a saúde dependente de condições externas que escapam à governabilidade do próprio sistema. Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde passa a ser reflexo das desigualdades sociais acumuladas ao longo das décadas, evidenciando que a saúde é tanto consequência quanto indicador das condições sociais de uma população.
Outro ponto central é o papel do racismo, do sexismo e de outras formas de discriminação estrutural na produção de desigualdades em saúde. Populações negras, por exemplo, apresentam piores indicadores de mortalidade materna, maior incidência de doenças crônicas e menor acesso a serviços especializados. As mulheres que vivem em territórios vulneráveis enfrentam obstáculos adicionais relacionados à violência, à sobrecarga de trabalho e à desvalorização da saúde sexual e reprodutiva (Paim, 2009). Já pessoas LGBTQIA+, indígenas, ribeirinhas e pessoas em situação de rua encontram barreiras que vão desde preconceito explícito até a ausência completa de serviços adaptados às suas

realidades. Esses fenômenos evidenciam que a desigualdade em saúde não é apenas material, mas também simbólica e institucional.

Os determinantes sociais moldam não apenas quem acessa o sistema, mas também como o sistema responde às necessidades de cada grupo. A organização dos serviços, muitas vezes centrada em um modelo biomédico e pouco sensível às diversidades socioculturais, contribui para afastar populações que já enfrentam vulnerabilidades significativas (Fornazari et al., 2024). A falta de acolhimento, a ausência de profissionais preparados para lidar com especificidades culturais, a estrutura física inadequada e a linguagem técnica dificultam a aproximação entre usuários e serviços. Assim, as desigualdades se manifestam tanto no acesso inicial quanto na continuidade do cuidado, comprometendo o tratamento e ampliando riscos à saúde (Gomes; Órfão, 2021).

A discussão sobre desigualdades invisíveis busca, portanto, iluminar dimensões da realidade que não aparecem nos indicadores formais, mas que compõem o cotidiano de milhões de brasileiros (Alves, 2025). Falar de determinantes sociais é reconhecer que saúde não é apenas ausência de doença, mas resultado de condições amplas de vida, trabalho, moradia, renda, educação, segurança e ambiente. É também compreender que políticas públicas fragmentadas, sem diálogo entre setores, tendem a produzir respostas insuficientes diante de problemas complexos. Assim, a efetivação do direito à saúde exige ações que ultrapassem a esfera sanitária, integrando políticas sociais, econômicas e culturais.

Por fim, compreender como os determinantes sociais moldam o acesso aos serviços de saúde no Brasil contemporâneo é fundamental para avançar em direção à equidade. Isso implica reconhecer desigualdades históricas, compreender os impactos do contexto socioeconômico, fortalecer a participação social e garantir políticas públicas que respondam às necessidades reais da população. A análise proposta busca contribuir para esse debate, destacando a importância de tornar visíveis as desigualdades que ainda limitam o direito à saúde e apontando caminhos para a construção de um sistema universal, integral e justo para todos.

MARCO TEORICO

Compreender o acesso aos serviços de saúde no Brasil exige situar essa discussão dentro

de um cenário histórico, social e político marcado por desigualdades estruturais (Silva, 2025). O país carrega desde sua formação bases coloniais, escravocratas e patriarcais que moldaram relações sociais e produziram hierarquias que se refletem até hoje em indicadores de saúde, mortalidade, condições de vida e oportunidades. A constituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, representou um marco fundamental no reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, rompendo com modelos anteriores que restringiam o acesso a trabalhadores empregados. Contudo, o pleno exercício desse direito permanece condicionado por fatores externos ao setor sanitário, que atuam como barreiras invisíveis e dificultam a universalização do cuidado (Krieger, 2025).

O Brasil contemporâneo apresenta um cenário complexo no qual condições socioeconômicas, características demográficas e dinâmicas territoriais influenciam de maneira decisiva a forma como diferentes grupos sociais se relacionam com os serviços de saúde. A desigual distribuição de renda, a precarização do trabalho, a baixa escolaridade em determinadas regiões, a insuficiência de infraestrutura urbana e rural e o acesso desigual a bens e serviços constituem elementos que moldam tanto a necessidade quanto a capacidade de buscar cuidado. Enquanto populações de maior renda dispõem de melhores condições de moradia, transporte, educação e recursos materiais, grupos vulnerabilizados enfrentam restrições que limitam sua autonomia e expõem-nos a riscos mais elevados.

A desigualdade territorial é um dos elementos mais evidentes desse contexto. O Brasil apresenta disparidades regionais intensas: regiões como o Sudeste e o Sul possuem, em média, maior disponibilidade de unidades de saúde, profissionais mais bem distribuídos e infraestrutura mais consolidada, enquanto regiões Norte e Nordeste convivem com escassez de serviços, longas distâncias, dificuldades de transporte e menor presença do poder público. Essa desigualdade se acentua ainda mais quando se consideram populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas e comunidades rurais isoladas, que dependem de serviços itinerantes ou raramente acessíveis. Assim, o território deixa de ser apenas um espaço físico e se transforma em um fator determinante para o acesso (Krieger, 2023).

Além do território e da renda, os marcadores sociais da diferença – como raça, gênero, classe social e identidade – influenciam as experiências de saúde. A população negra no

Brasil, marginalizada e mais exposta a condições de vida precárias, enfrenta indicadores desproporcionais de mortalidade materna, doenças crônicas, violência e menor acesso a serviços especializados (Fornazari et al., 2024). O racismo estrutural se expressa tanto nas condições de vida quanto no atendimento, resultando em menor acolhimento, subvalorização da dor e tratamentos insuficientes. Mulheres pobres, sobretudo negras, enfrentam barreiras adicionais em virtude da sobrecarga de trabalho doméstico, desigualdades salariais, violências de gênero e dificuldades para acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva (Paim, 2009).

Outro aspecto central desse contexto é a relação entre políticas públicas e desigualdades sociais. Nas últimas décadas, políticas de austeridade fiscal, reduções no investimento público e limitações orçamentárias afetaram a capacidade do SUS de responder às necessidades da população. A implantação de modelos de gestão que priorizam metas quantitativas, o subfinanciamento crônico e a crescente dependência de serviços privados ou complementares reforçam desigualdades entre aqueles que podem pagar por planos de saúde e aqueles que dependem do sistema público. Embora o SUS seja um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde do mundo, sua efetividade depende de financiamento adequado, planejamento territorial e ações intersetoriais que considerem as especificidades da população.

No campo urbano, o crescimento desordenado das cidades também produz impactos significativos sobre a saúde. Regiões periféricas sofrem com falta de saneamento básico, transporte deficitário, moradias inadequadas, insegurança alimentar e violência cotidiana, fatores que aumentam o adoecimento e dificultam a busca por cuidados. Nesse sentido, a saúde passa a ser influenciada não apenas por doenças, mas por um conjunto de vulnerabilidades acumuladas que afetam a qualidade de vida e intensificam desigualdades pré-existentes. A ausência de políticas integradas entre saúde, assistência social, educação, segurança e habitação dificulta ainda mais a construção de respostas eficazes às necessidades da população (Gomes; Órfão, 2021).

A interação entre vulnerabilidade social e práticas institucionais também compõe o contexto em que se produzem desigualdades invisíveis em saúde. Mesmo quando serviços estão disponíveis, usuários podem enfrentar estigmas, preconceitos e discriminação que inviabilizam o cuidado. Pessoas em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas, pessoas LGBTQIA+, migrantes e populações tradicionais encontram

barreiras simbólicas e institucionais que se sobrepõem às barreiras materiais. A falta de formação profissional adequada para lidar com diversidade cultural, mental e social resulta em atendimentos desumanizados, ausência de escuta qualificada e abandono terapêutico (Krieger, 2025).

O contexto atual evidencia que o acesso à saúde não pode ser compreendido apenas como disponibilidade de serviços, mas como expressão de condições sociais mais amplas que influenciam a vida cotidiana. Ao analisar o Brasil contemporâneo, torna-se evidente que os determinantes sociais moldam não apenas quem adoece, mas quem tem condições reais de buscar cuidado, ser acolhido e manter um tratamento adequado. Com isso, compreender o funcionamento das desigualdades invisíveis é fundamental para promover equidade e fortalecer políticas públicas voltadas à garantia efetiva do direito à saúde.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para este estudo baseia-se em uma abordagem qualitativa de caráter descritivo e analítico, voltada à compreensão de como os determinantes sociais moldam o acesso aos serviços de saúde no Brasil contemporâneo. A pesquisa foi estruturada a partir de revisão bibliográfica e documental, reunindo produções acadêmicas, relatórios institucionais, legislações e documentos oficiais que tratam de desigualdades sociais, políticas públicas de saúde e organização do Sistema Único de Saúde. O objetivo central dessa estratégia metodológica é identificar, analisar e interpretar os fatores estruturais, sociais e territoriais que influenciam as condições de acesso, evidenciando como tais determinantes, muitas vezes invisibilizados, repercutem nos trajetos de cuidado da população brasileira.

A revisão bibliográfica contempla autores nacionais e internacionais que discutem determinantes sociais da saúde, equidade, desigualdades estruturais e políticas de proteção social. Foram consultadas bases de dados como SciELO, LILACS e Google Scholar, priorizando estudos publicados nas últimas duas décadas, mas sem excluir obras clássicas relevantes para a fundamentação teórica. Além da literatura científica, foram analisados documentos produzidos por instituições como Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística e Conselho Nacional de Saúde, que fornecem dados epidemiológicos, diretrizes e análises sobre a situação de saúde no país.

A análise dos materiais selecionados ocorreu por meio de leitura crítica e categorização temática, buscando identificar padrões, recorrências e contradições nas discussões sobre desigualdades sociais e acesso à saúde. As categorias centrais adotadas foram: determinantes sociais da saúde, desigualdades territoriais, marcadores sociais da diferença, políticas públicas e barreiras de acesso. Essa categorização possibilitou a construção de uma interpretação ampliada do fenômeno, integrando dimensões econômicas, culturais, históricas e institucionais.

Optou-se por uma perspectiva metodológica que valoriza a intersetorialidade, reconhecendo que a saúde é atravessada por múltiplos fatores e não pode ser compreendida de forma isolada. Assim, foram incluídas discussões de áreas como sociologia, geografia, política pública e estudos de gênero e raça, enriquecendo a análise e promovendo uma compreensão mais completa da complexidade do tema.

Por fim, a escolha pela abordagem qualitativa se justifica pelo objetivo de interpretar sentidos, relações e processos que não podem ser captados apenas por indicadores quantitativos. Considerando a natureza estrutural e multifacetada das desigualdades em saúde, essa metodologia permite evidenciar dimensões invisíveis, subjetivas e simbólicas que influenciam o acesso ao cuidado e que muitas vezes não aparecem nas estatísticas oficiais. Com isso, a metodologia adotada busca oferecer uma leitura crítica, contextualizada e abrangente da realidade brasileira, contribuindo para reflexões que possam subsidiar práticas e políticas mais equitativas.

RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir da análise bibliográfica e documental revelam que os determinantes sociais exercem influência direta e significativa sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil contemporâneo, produzindo desigualdades que se manifestam de maneira estrutural, territorial e institucional. Observou-se que fatores como renda, escolaridade, raça, gênero e local de moradia continuam sendo os principais condicionantes do acesso ao cuidado, refletindo disparidades históricas que afetam a capacidade de utilizar o sistema de forma oportuna e contínua. Em especial, populações

de baixa renda e residentes de áreas periféricas ou rurais enfrentam longos deslocamentos, oferta insuficiente de serviços e dificuldades para manter acompanhamento regular, evidenciando a forte influência do território como fator limitador (Krieger, 2025).

Outro resultado relevante diz respeito às desigualdades raciais no acesso à saúde. Estudos mostram que a população negra apresenta piores indicadores de saúde e menor acesso a serviços especializados (Fornazari et al., 2024). Além disso, o racismo institucional aparece como barreira simbólica e concreta, dificultando o acolhimento e gerando experiências negativas que muitas vezes afastam usuários do sistema. Da mesma forma, populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas e migrantes enfrentam obstáculos relacionados à distância geográfica, ausência de equipes capacitadas e falta de infraestrutura adequada para atendimento às suas especificidades culturais (Silva, 2025).

A análise também identificou que a organização do sistema de saúde reforça desigualdades quando não consegue atender à demanda ou quando apresenta deficiências estruturais, como falta de profissionais, escassez de insumos e tempos de espera excessivos (Paim, 2009). Em diversas regiões, a oferta irregular de serviços especializados e a fragmentação das redes de atenção dificultam a continuidade do cuidado, prejudicando indivíduos com doenças crônicas e condições que exigem acompanhamento prolongado. O subfinanciamento crônico do SUS surge como um dos principais fatores que agravam essa situação, limitando a ampliação de serviços e comprometendo a qualidade do atendimento (Gomes; Órfão, 2021).

Outro achado importante refere-se às barreiras subjetivas e simbólicas que impactam o acesso. Mesmo quando os serviços estão disponíveis, muitos usuários enfrentam preconceito, falta de acolhimento, linguagem técnica incompreensível e ambientes pouco sensíveis às diversidades sociais. Esses elementos, embora não apareçam em indicadores oficiais, influenciam a experiência de cuidado e podem levar ao abandono de tratamentos. Isso se revela significativo entre pessoas LGBTQIA+, pessoas em situação de rua e usuários de substâncias, que relatam vivências de discriminação e pouca aceitação em serviços de saúde (Krieger, 2023).

De forma geral, os resultados apontam que o acesso à saúde no Brasil é moldado por uma combinação de fatores estruturais e institucionais que vão muito além da simples disponibilidade de serviços. As desigualdades observadas não são fruto de escolhas

individuais, mas da interação entre condições socioeconômicas, políticas públicas e práticas institucionais, que se entrelaçam e produzem barreiras persistentes. Esses achados reforçam a necessidade de políticas intersetoriais, ações afirmativas e estratégias de cuidado sensíveis às especificidades dos diferentes grupos sociais, a fim de promover equidade e garantir o direito à saúde de maneira efetiva.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados evidencia que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil não podem ser compreendidas apenas como falhas operacionais do sistema, mas como expressões de um conjunto de determinantes sociais enraizados na estrutura social brasileira. A discussão revela que fatores como renda, raça, gênero, território e escolaridade não apenas influenciam o adoecimento, mas determinam quem consegue acessar, permanecer e se beneficiar do cuidado oferecido pelo SUS. Assim, o acesso à saúde se apresenta como um fenômeno multifacetado, atravessado por condições históricas e políticas que moldam de forma desigual as possibilidades de vida da população (Fornazari et al., 2024).

Os achados reforçam que o princípio da equidade, embora previsto nas diretrizes constitucionais, ainda encontra grandes desafios para se materializar no cotidiano dos serviços. O sistema, ao ser submetido a ciclos de subfinanciamento e políticas de austeridade, passa a operar de maneira limitada, ampliando filas, reduzindo a oferta de serviços e dificultando o atendimento integral. Essa conjuntura impacta de forma desproporcional grupos vulnerabilizados, que dependem do SUS e possuem menos recursos materiais e sociais para buscar alternativas de cuidado. Portanto, a desigualdade em saúde se torna também reflexo da desigualdade socioeconômica, reproduzindo padrões históricos de exclusão.

Outro ponto relevante discutido é o papel das práticas institucionais na manutenção de desigualdades invisíveis. Embora o SUS seja orientado por princípios de universalidade e humanização, situações de racismo institucional, discriminação de gênero, estigmatização de pessoas em situação de rua ou LGBTQIA+ e falta de preparo para lidar com as diversidades culturais mostram que barreiras simbólicas são tão importantes quanto as barreiras materiais. Quando o serviço não acolhe, não escuta ou não reconhece as especificidades dos usuários, a permanência no cuidado torna-se frágil, gerando

abandono terapêutico e agravamento de condições clínicas. Assim, a discussão aponta que enfrentar desigualdades requer não apenas expandir a oferta de serviços, mas transformar práticas e culturas institucionais (Silva, 2025).

Também se evidencia que o território desempenha papel central no processo de desigualdade. A distância entre residência e unidades de saúde, a precariedade do transporte público, a falta de saneamento básico e a violência urbana tornam mais difícil para determinadas populações acessar cuidados básicos e especializados (Gomes; Órfão, 2021). Esse cenário indica que políticas de saúde precisam ser articuladas a políticas urbanas, sociais e econômicas, pois a saúde não se resolve apenas dentro do setor sanitário. A intersetorialidade surge como requisito fundamental para compreender e enfrentar as múltiplas dimensões das desigualdades invisíveis (Krieger, 2023).

A discussão evidencia que superar desigualdades no acesso à saúde exige reconhecer que elas são fruto de um sistema social que distribui de maneira desigual oportunidades, direitos e condições de vida (Paim, 2009). A equidade em saúde depende de ações integradas, financiamento adequado, formação profissional sensível às diversidades e políticas públicas que compreendam a complexidade dos determinantes sociais. Dessa forma, o debate aponta para a necessidade de fortalecer o SUS e, ao mesmo tempo, promover transformações estruturais que garantam uma sociedade mais justa, inclusiva e capaz de assegurar o direito à saúde para todos.

CONCLUSÃO

A análise realizada permite concluir que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil são determinadas por fatores sociais, econômicos, territoriais e institucionais que extrapolam a esfera sanitária e refletem a estrutura desigual da sociedade brasileira. Embora o SUS represente um avanço histórico ao garantir a saúde como direito universal, a concretização desse direito ainda é limitada por barreiras que afetam de maneira mais intensa populações vulnerabilizadas, como pessoas negras, residentes de periferias urbanas, comunidades rurais isoladas, povos indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua e outros grupos marginalizados. Essas desigualdades são invisíveis não porque não possam ser percebidas ou mensuradas, mas porque são naturalizadas e tratadas como problemas individuais, quando na verdade são resultado de condições estruturais.

A conclusão aponta que os determinantes sociais da saúde desempenham papel central na definição de quem consegue acessar, permanecer e se beneficiar dos serviços disponíveis. O território, a renda, a escolaridade, as relações de trabalho, a qualidade da moradia, o saneamento, as experiências de discriminação e a forma como os serviços são organizados moldam as trajetórias de cuidado. Observa-se que a falta de acolhimento, a escassez de profissionais, o subfinanciamento crônico do SUS e a fragmentação das redes de atenção contribuem para ampliar desigualdades já existentes, prejudicando aqueles que mais dependem do sistema público.

Dessa forma, a conclusão reforça que enfrentar as desigualdades invisíveis em saúde exige muito mais do que ampliar serviços ou melhorar indicadores específicos. É necessário adotar políticas intersetoriais, investir no fortalecimento do SUS, promover formação profissional contínua e sensível às diversidades e desenvolver estratégias que considerem as especificidades culturais e territoriais de cada população. Além disso, é imprescindível reconhecer e enfrentar o racismo institucional, o sexismo, a homofobia e outras formas de discriminação que dificultam o cuidado e reproduzem exclusões.

Portanto, reduzir desigualdades e garantir o acesso equitativo à saúde no Brasil depende de uma abordagem ampla e integrada, que considere a complexidade dos determinantes sociais e que coloque no centro das políticas públicas a defesa da vida, da justiça social e da garantia plena dos direitos humanos. A construção de um país mais justo e saudável demanda esforços contínuos, participação social ativa e compromisso político com a equidade, para que o direito à saúde deixe de ser uma promessa formal e se torne realidade para toda a população.

REFERÊNCIAS

Alves, R. P. da S. (2025). Prevenção à fraude financeira: pilar da integridade econômica, confiança social e desenvolvimento sustentável sob uma abordagem global. RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber, 1(2). https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i1.2025.2261

Fornazari, B. A., dos Anjos, A. L., Sá, E. F. M., Rocha, F. S. C., & Falcone, M. R. (2024). A Intervenção do Serviço de Atenção Domiciliar junto ao usuário e cuidador na rede de atenção à saúde. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, *1*(2). https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i2.2024.732

Gomes, J. F. D. F., & Orfão, N. H. (2021). Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde em Debate, 45, 1199-1213. Krieger, C. S. (2025). A privatização da atenção primária à saúde no Brasil: considerações sobre os ataques ao sistema único de saúde: The privatization of primary health care in Brazil: considerations on the attacks on the unified health system. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, *1*(1). https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i1.2025.832

Krieger, C. S. (2023). A importância do Sistema Único de Saúde para o aprimoramento da Saúde Coletiva. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, *1*(1), 1-7. https://doi.org/10.51473/ed.al.v3i1.579

Paim, J. (2009). *O que é o SUS*. SciELO- FIOCRUZ.

Silva, J. M. (2025). A Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS): Avanços, Desafios e Perspectivas: Humanization in the Unified Health System (SUS): Advances, Challenges and Perspectives. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, *1*(1). https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i1.2025.1012