ISSN: 2316-607X

# DIREITOS HUMANOS E ACESSO EQUITATIVO À SAÚDE: BARREIRAS ESTRUTURAIS À ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Adelair Mendes Conceição**[1]
**Cleize Maria de Barros Tavares**[2]
**Pablo Junior Pereira** [3]
**Angélica Cândida Ferreira**[4]
**Julio Cesar Santin**[5]
**Lilian Christian Domingues de Souza**[6]

**Resumo:** O reconhecimento constitucional da saúde como direito fundamental não elimina as desigualdades concretas de acesso aos serviços e à continuidade do cuidado. Este artigo objetiva analisar criticamente, à luz dos direitos humanos, os obstáculos estruturais à efetivação do acesso equitativo e da assistência integral no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se pesquisa bibliográfica qualitativa, de caráter exploratório e analítico, mediante revisão narrativa de publicações científicas brasileiras e documentos jurídico-institucionais localizáveis, privilegiando estudos de 2022 a 2026 e obras de referência. A síntese foi organizada em cinco eixos: fundamentos normativos, determinação social e discriminação, organização regional das redes, financiamento e incorporação digital. A literatura examinada indica que universalidade formal e atendimento efetivamente acessível constituem dimensões distintas: barreiras territoriais, socioeconômicas, raciais e organizacionais interagem e comprometem a oportunidade, a resolutividade e a continuidade assistencial. Identificam-se tensões entre a expansão de serviços e sua integração em redes capazes de responder às necessidades diversificadas da população. Conclui-se que a integralidade depende não somente da disponibilidade de procedimentos, mas também de planejamento regional cooperativo, atenção primária fortalecida, financiamento orientado por necessidades, combate à discriminação e participação social. A contribuição do estudo consiste em propor uma leitura multidimensional da equidade como critério verificável de realização do direito à saúde.

[1] Mestrado em Ambiente e Sistemas de Produção Agrícola pela Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil (2018).
[2] Especialização em psicopedagogia clínica pela União das Faculdades de Alta Floresta, Brasil (2013).
[3]Mestrado em Mestrado em Saúde da Família (PPGSF) pela Universidade Estácio de Sá, Brasil (2024).
[4]Doutorado em Biodiversidade pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil (2020).
[5]Mestrado em Agronomia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil (2018).
[6]Doutorado em Agronomia (Produção e Tecnologia de Sementes) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil (2011).

**Palavras-chave**: Direito à saúde. Equidade em saúde. Sistema Único de Saúde. Integralidade em saúde. Desigualdades em saúde.

**Abstract**: The constitutional recognition of health as a fundamental right does not eliminate inequalities in access to services and continuity of care. This article critically examines, from a human rights perspective, structural barriers to equitable access and comprehensive care within Brazil's Unified Health System (SUS). A qualitative, exploratory and analytical bibliographic study was conducted through a narrative review of traceable Brazilian scientific publications and legal-institutional documents, prioritizing studies published between 2022 and 2026 alongside seminal works. The synthesis addresses five dimensions: normative foundations, social determination and discrimination, regional organization of care networks, financing, and digital health. The literature indicates that formal universality and effective access are distinct: territorial, socioeconomic, racial and organizational barriers interact and undermine timeliness, problem-solving capacity and continuity of care. Tensions emerge between service expansion and the integration of services into networks responsive to heterogeneous health needs. Comprehensive care therefore requires more than the availability of procedures; it depends on cooperative regional planning, stronger primary health care, needs-based financing, measures against discrimination and social participation. This review contributes a multidimensional interpretation of equity as an assessable criterion for fulfilling the right to health.

**Keywords**: Right to health. Health equity. Unified Health System. Comprehensive health care. Health inequalities.

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde integra o repertório dos direitos humanos e constitui dimensão essencial da dignidade, da cidadania e da justiça social. No Brasil, a Reforma Sanitária e a Constituição da República de 1988 produziram uma mudança de paradigma: a proteção da saúde deixou de ser juridicamente concebida apenas como benefício vinculado à inserção ocupacional e passou a integrar uma responsabilidade pública universal. O artigo 196 da Constituição consagra a saúde como "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988, art. 196), enquanto o artigo 198 estabelece a integralidade da assistência e a participação da comunidade como diretrizes organizadoras. A Lei nº 8.080/1990 concretiza esses fundamentos ao disciplinar princípios, responsabilidades e organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção desse modelo constitucional, contudo, não corresponde à superação automática das assimetrias que marcam a sociedade brasileira. Ao analisar as três primeiras décadas do SUS, Paim (2018) reconhece avanços institucionais e sanitários, mas identifica no subfinanciamento, na insuficiência da prioridade política e nas disputas em torno do caráter público do sistema obstáculos à consolidação de um projeto universalista. A distância entre promessa normativa e experiência assistencial deve, portanto, ser entendida não como anomalia

isolada, mas como expressão de uma implementação atravessada por condições materiais e relações sociais desiguais.

Estudo de revisão sobre a América Latina mostra que desigualdades de acesso se expressam por dimensões socioeconômicas, geoespaciais, étnico-raciais, de gênero e relacionadas à deficiência (Oliveira; Pereira, 2024). Desse modo, a existência de unidades, serviços ou coberturas nominais não permite concluir, por si, que todas as pessoas obtenham cuidado oportuno, adequado e continuado. O deslocamento até o atendimento, as condições de acolhimento, a regulação da assistência especializada, o custo indireto de buscar tratamento e a discriminação compõem diferentes momentos da mesma experiência de acesso.

O problema científico aqui delimitado consiste na insuficiência de abordagens que avaliam o direito à saúde exclusivamente pela titularidade jurídica ou pela expansão quantitativa de serviços, sem articular equidade, integralidade e efetividade das redes assistenciais. A questão norteadora é: de que maneira as desigualdades estruturais, institucionais e territoriais condicionam a realização do direito humano à saúde e quais orientações extraídas da literatura podem fortalecer a assistência integral e equitativa no SUS?

O objetivo geral é analisar criticamente os desafios à garantia da assistência integral sob a perspectiva dos direitos humanos e do acesso equitativo à saúde no Brasil. Especificamente, pretende-se: discutir as bases normativas da universalidade, equidade e integralidade; examinar os mecanismos pelos quais desigualdades sociais e discriminações interferem no cuidado; confrontar evidências sobre regionalização, redes e capacidade de resposta; e sistematizar implicações para gestão, formação profissional e agenda de pesquisas. A pertinência acadêmica reside em integrar dimensões jurídicas, sociais e organizacionais frequentemente tratadas de modo separado.

O percurso adotado é uma revisão narrativa da literatura científica e de documentos normativos verificáveis, de abordagem qualitativa. Após os procedimentos metodológicos, discutem-se os fundamentos teóricos do direito à saúde, da determinação social e das redes assistenciais; posteriormente são apresentados os resultados interpretativos da revisão e suas consequências para a efetivação do cuidado; por fim, sintetizam-se conclusões e limites.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa, objetivos exploratório-analíticos e delineamento de revisão narrativa crítica. A opção pela revisão narrativa decorre do propósito de interpretar conceitos e confrontar resultados obtidos por estudos de desenhos metodológicos distintos, inclusive revisões de escopo, pesquisas

documentais e estudos quantitativos. Não se pretendeu produzir estimativas agregadas, medir efeito de intervenções nem apresentar exaustividade própria de revisões sistemáticas.

O levantamento documental realizado para esta versão do manuscrito consistiu na consulta direta a páginas de artigos indexados na SciELO e à documentação primária disponível nos portais oficiais do Planalto e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram utilizadas combinações, em português, dos termos "equidade em saúde", "direito à saúde", "desigualdades no acesso", "SUS", "regionalização", "redes de atenção", "racismo institucional", "racismo estrutural", "integralidade" e "saúde digital". O uso desses termos descreve o processo de localização orientado por pertinência temática, não uma estratégia padronizada e exaustiva aplicada indistintamente a cada base. Não se afirma consulta direta ao Portal CAPES, à BDTD ou ao Google Acadêmico, nem se inventam números de registros recuperados ou excluídos.

Privilegiaram-se publicações do período de 2022 a 2026, correspondente ao recorte contemporâneo da discussão, com inclusão justificada do trabalho de Paim (2018) por sua relevância histórica e das normas de 1988 e 1990 como marcos jurídico-institucionais. Foram considerados pertinentes textos com autoria, periódico ou instituição, ano, título e identificador eletrônico verificáveis, que abordassem diretamente acesso, equidade, integralidade ou condicionantes da organização da assistência. Foram deixadas de fora páginas sem identificação bibliográfica suficiente, textos opinativos sem fundamentação pertinente e publicações cuja correspondência entre autoria, título e fonte não pôde ser estabelecida.

A seleção deu-se por pertinência e complementaridade: leitura de títulos e resumos, consulta às versões eletrônicas e análise de passagens relevantes para a questão central. Na interpretação, os textos foram agrupados em cinco categorias analíticas construídas durante a leitura: (i) conteúdo normativo do direito à saúde; (ii) desigualdades sociais, raciais e discriminação; (iii) acesso territorial e integração de redes; (iv) capacidade institucional e sustentabilidade do cuidado; e (v) oportunidades e riscos da transformação digital. Para cada eixo, buscaram-se convergências, diferenças de escala de análise, limitações dos desenhos e implicações teóricas e práticas.

É fundamental distinguir os resultados dos estudos secundários discutidos dos procedimentos desta investigação. Quando são mencionadas amostras, macrorregiões ou artigos de revisões anteriores, os valores pertencem às publicações citadas, não representam coleta ou triagem original deste manuscrito. Não houve contato com participantes, aplicação de instrumentos, acesso a prontuários, análise de microdados ou produção de evidência empírica primária. Por não ter protocolo registrado nem avaliação formal de risco de viés, esta revisão não

permite inferir prevalências gerais ou estabelecer relações causais entre todos os fatores examinados.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Direito humano à saúde: universalidade, igualdade material e integralidade

A inscrição da saúde no rol dos direitos sociais e no sistema de proteção constitucional brasileiro impõe ao poder público obrigações positivas de organização, financiamento, regulação e prestação de serviços. O artigo 196 não se resume à oferta de atos médicos: associa promoção, proteção e recuperação às políticas sociais e econômicas orientadas à redução de riscos, reconhecendo a interdependência entre saúde e condições de vida (BRASIL, 1988). A garantia jurídica envolve, assim, tanto uma dimensão assistencial quanto uma dimensão preventiva e intersetorial.

A Lei nº 8.080/1990 explicita o conteúdo operacional da integralidade, que pode ser compreendido a partir da seguinte disposição normativa:

> Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, art. 7º, II).

A literalidade do dispositivo é importante porque a integralidade não equivale ao fornecimento ilimitado de qualquer tecnologia solicitada, nem à simples coexistência de diferentes especialidades. A expressão “articulado e contínuo” exige uma relação funcional entre os pontos da rede, ao passo que a referência às necessidades de cada caso demanda avaliação clínica e sanitária contextualizada. A obrigação estatal consiste em criar condições institucionais para respostas coerentes às necessidades, com critérios transparentes de priorização e compromisso de não discriminação.

Universalidade, igualdade e equidade são conceitos interdependentes, mas não intercambiáveis. Universalidade identifica a titularidade geral do direito e a proibição de barreiras de filiação ou pertencimento. Igualdade jurídica veda privilégios e discriminações indevidas. Equidade, como categoria analítica de justiça distributiva, exige considerar as desvantagens que tornam insuficiente uma oferta uniformemente distribuída. A leitura conjunta desses princípios sustenta que tratar usuários de forma idêntica, diante de necessidades e obstáculos diferentes, pode perpetuar desigualdades, ainda que o serviço seja formalmente público e universal.

Essa distinção tem consequências para a avaliação de políticas. Uma cobertura territorial aparentemente satisfatória pode coexistir com demora excessiva, dificuldade de transporte,

encaminhamentos não concluídos e baixa adequação cultural. A efetividade do direito deve ser apreciada, portanto, por critérios combinados: possibilidade real de ingresso, oportunidade temporal, aceitabilidade do cuidado, qualidade da resposta, continuidade e proteção contra tratamento discriminatório. Trata-se de uma proposta de síntese interpretativa derivada do diálogo entre o marco normativo e a literatura sobre desigualdades de acesso (BRASIL, 1990; OLIVEIRA; PEREIRA, 2024).

### 3.2 Desigualdades, determinação social e discriminação

A produção social da saúde implica reconhecer que adoecimento, exposição a riscos e capacidade de obter tratamento são distribuídos de modo desigual. Oliveira e Pereira (2024), em revisão de escopo que reuniu 272 artigos sobre a América Latina, classificaram as expressões das desigualdades de acesso em cinco dimensões: socioeconômica, geoespacial, étnico-racial, gênero e deficiência. Embora essas categorias sejam úteis para organizar evidências, não devem ser interpretadas como compartimentos independentes: uma mesma pessoa pode enfrentar simultaneamente precariedade de renda, moradia distante, barreiras linguísticas e discriminação institucional.

As desigualdades socioeconômicas atuam antes e durante o percurso assistencial. Condições de trabalho informal dificultam ausências remuneradas; despesas com deslocamento ou alimentação podem inviabilizar consultas; baixa escolaridade e obstáculos de comunicação interferem na compreensão de fluxos e orientações. Nada disso autoriza responsabilizar individualmente o usuário por desfechos produzidos em contextos de restrição material. Ao contrário, reforça a necessidade de adaptar a organização dos serviços às condições objetivas de utilização.

Na dimensão racial, Silva et al. (2023) analisam criticamente a centralidade do conceito de racismo institucional na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, apontando a importância de compreender mecanismos de reprodução das desigualdades que não se reduzem a comportamentos individuais. Costa, Jardim e Paes-Sousa (2026), em revisão de escopo, identificam abordagens de racismo estrutural, institucional, vicário e antinegro em pesquisas brasileiras sobre os efeitos do racismo na saúde. Os dois trabalhos convergem ao rejeitar interpretações que transformam raça em variável meramente descritiva, mas diferem quanto ao objetivo analítico: o primeiro interroga o enquadramento de uma política pública; o segundo mapeia explicações teóricas e mecanismos de atuação.

Essa diferença é produtiva. A crítica ao racismo institucional enfatiza regras, práticas e rotinas que produzem acesso desigual mesmo sem manifestação explícita de hostilidade. A

compreensão estrutural, por sua vez, desloca a análise para processos históricos de distribuição de renda, território, poder e reconhecimento. A incorporação dessas perspectivas impede que a equidade seja reduzida à sensibilização interpessoal: formação antidiscriminatória é necessária, porém insuficiente quando persistem barreiras de alocação de recursos e representação política (SILVA et al., 2023; COSTA; JARDIM; PAES-SOUSA, 2026).

Também se exige prudência epistemológica. A classificação de dimensões de desigualdade em uma revisão de escopo descreve padrões da produção científica consultada, mas não permite hierarquizar automaticamente causas em cada município ou serviço. Investigações futuras devem examinar processos de interação entre marcadores sociais, organização assistencial e trajetórias de cuidado, preservando a participação de grupos afetados na formulação das perguntas e na interpretação dos resultados.

### 3.3 Regionalização, atenção primária e redes de cuidado

O caráter federativo do SUS confere à regionalização uma função central: articular municípios com capacidades fiscais, oferta especializada e características populacionais heterogêneas em redes de responsabilidade compartilhada. A descentralização pode aproximar decisões do cotidiano dos usuários, mas, sem coordenação regional e mecanismos de cooperação, pode reproduzir a distribuição desigual de serviços e profissionais. A integralidade torna-se especialmente vulnerável nos pontos de transição entre atenção primária, atenção especializada e hospitais.

A análise documental de Martinelli et al. (2022), referente aos instrumentos de planejamento de Mato Grosso, encontrou distância entre diretrizes previstas e a estruturação de uma rede regionalizada efetivamente coordenada pela atenção primária. Esses resultados evidenciam a dificuldade de converter arranjos formais em fluxos assistenciais consistentes. Esses achados ilustram um problema mais amplo: pactuações administrativas não garantem, isoladamente, trânsito assistencial oportuno entre pontos da rede.

Chaves, Andrade e Santos (2024), mediante estudo transversal de perfis de macrorregiões de saúde, descrevem configurações distintas segundo cobertura, qualidade e resolutividade da atenção básica e hospitalar. A contribuição central é demonstrar que coberturas semelhantes podem coexistir com desempenhos diferentes, o que relativiza avaliações fundadas em um único indicador. Uma rede com muitos serviços, mas baixa capacidade de coordenação, pode produzir repetição de procedimentos, perda de seguimento e encaminhamentos desconectados das necessidades clínicas.

Há, portanto, duas exigências simultâneas: densidade de oferta e capacidade de integração. A atenção primária deve operar como espaço de vínculo, acolhimento, reconhecimento das necessidades e acompanhamento longitudinal; por outro lado, sua responsabilização não pode servir para deslocar sobre equipes locais a insuficiência de retaguarda diagnóstica e especializada. Integralidade exige definição compartilhada de responsabilidades, interoperabilidade informacional, regulação transparente e logística regional coerente com distâncias e padrões de mobilidade.

Welz et al. (2026), por meio de análise documental de normas relativas à regionalização, problematizam a separação entre planejamento territorial, redes temáticas e responsabilidade sanitária. Sua leitura sugere que a multiplicação de instrumentos normativos não assegura correspondência entre desenho organizacional e capacidade de execução. Esse argumento tensiona perspectivas que privilegiam a expansão formal das redes: o problema da fragmentação não se resolve apenas por novas diretrizes, mas pela criação de mecanismos institucionais de responsabilização, monitoramento e cooperação efetiva.

### 3.4 Financiamento, capacidade estatal e sustentabilidade do direito

A efetivação de um direito social de prestação requer recursos financeiros, pessoas, infraestrutura e governança. Paim (2018) localiza o subfinanciamento entre os principais obstáculos históricos à consolidação do SUS e chama atenção para pressões econômicas que restringem a realização do projeto constitucional. O diagnóstico não autoriza reduzir toda deficiência assistencial à escassez orçamentária, mas impede imaginar que melhoria de processos administrativos substitua a disponibilidade concreta de serviços, medicamentos, transporte sanitário e equipes suficientes.

A alocação equitativa de recursos demanda critérios que combinem necessidades epidemiológicas, características demográficas, vulnerabilidade social, barreiras territoriais e capacidade instalada. Distribuições uniformes podem parecer neutras, mas manter desigualdades quando o custo do cuidado, as distâncias e a complexidade social são distintos. Em sentido complementar, transferência financeira sem planejamento, transparência e responsabilização também pode ter efeito limitado, como sugerem os entraves de coordenação regional discutidos por Martinelli et al. (2022) e Welz et al. (2026).

Há uma tensão persistente entre racionalidade econômica e justiça sanitária. A eficiência é condição desejável da gestão pública, mas seu significado não pode ser reduzido ao menor custo unitário de procedimento. Quando uma economia imediata rompe a continuidade terapêutica ou transfere encargos ao usuário, pode ser incompatível com a integralidade. Uma

avaliação adequada precisa integrar custos, resultados assistenciais, distribuição dos benefícios e proteção contra riscos evitáveis, sem converter populações de difícil acesso em destinatárias residuais de políticas.

### 3.5 Saúde digital, acesso e novos riscos de exclusão

A transformação digital amplia possibilidades de informação, comunicação entre unidades, teleatendimento e apoio à regulação. Entretanto, sua contribuição para o direito à saúde depende do modo como tecnologias são introduzidas no sistema. Sellera et al. (2026) analisam diagnóstico situacional ligado ao Programa SUS Digital, contemplando macrorregiões de saúde brasileiras, e indicam desigualdades territoriais relevantes em condições organizacionais e de desenvolvimento digital. O estudo fornece evidência de que a inovação tecnológica encontra redes com capacidades muito diferentes.

A utilização de ferramentas digitais pode reduzir deslocamentos evitáveis e favorecer a continuidade quando integrada a equipes e fluxos presenciais. Pode, porém, criar barreiras adicionais para usuários sem conectividade, equipamento, alfabetização digital, acessibilidade ou privacidade para buscar atendimento. A equidade digital pressupõe oferecer alternativas não digitais, garantir proteção de dados, comunicação acessível e suporte humano, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Não se pode pressupor que o acréscimo de plataformas se traduza automaticamente em acesso.

Nesse campo, a relação entre direitos humanos e eficiência institucional reaparece de forma exemplar: interoperabilidade e padronização de informações precisam coexistir com autonomia, confidencialidade e capacidade de escolha. O critério decisivo não é o volume de funcionalidades implantadas, mas o efeito da tecnologia sobre a continuidade do cuidado, a carga imposta aos usuários e a distribuição das oportunidades de atendimento (SELLERA et al., 2026).

## 4. RESULTADOS DA REVISÃO E DISCUSSÃO

### 4.1 Síntese crítica das convergências e diferenças

A leitura comparada das fontes permite identificar uma convergência substantiva: a existência de um direito formal e de serviços nominalmente disponíveis não é condição suficiente para acesso efetivo. O diagnóstico histórico de Paim (2018) enfatiza a sustentação político-financeira do projeto universalista; a revisão regional de Oliveira e Pereira (2024) evidencia a pluralidade dos mecanismos de desigualdade; trabalhos sobre redes demonstram que cobertura, qualidade e resolutividade não evoluem necessariamente de forma sincronizada (MARTINELLI et al., 2022; CHAVES; ANDRADE; SANTOS, 2024).

A principal divergência entre as abordagens é de escala e foco, mais do que de oposição empírica. Análises jurídico-normativas investigam a consistência da responsabilidade estatal; estudos territoriais priorizam distribuição e integração da oferta; pesquisas sobre racismo destacam relações de poder e discriminação; e diagnósticos digitais focalizam capacidades técnicas e organizacionais. Cada perspectiva ilumina parte relevante do problema, mas nenhuma, isoladamente, oferece explicação suficiente para a trajetória completa do usuário desde o reconhecimento da necessidade até a conclusão do cuidado.

Propõe-se, com base nessa comparação, compreender a equidade como uma cadeia de condições cumulativas: reconhecimento da necessidade; possibilidade material de procura; acolhimento sem discriminação; acesso oportuno à resposta indicada; continuidade entre pontos assistenciais; e avaliação socialmente responsável dos resultados. A interrupção de qualquer elo pode converter cobertura administrativa em assistência incompleta. Essa formulação é uma síntese teórica deste artigo, não um instrumento previamente validado ou uma escala empírica.

### 4.2 Comparação dos estudos centrais

Quadro 1 – Estudos e contribuições para a análise do acesso equitativo

| Fonte | Delineamento informado pela publicação | Contribuição à presente revisão |
|---|---|---|
| Paim (2018) | Análise histórico-crítica do SUS | Relação entre universalização jurídica, disputa política e financiamento. |
| Martinelli et al. (2022) | Pesquisa documental qualitativa em Mato Grosso | Distância entre planejamento e organização concreta da rede regional. |
| Silva et al. (2023) | Estudo de caso qualitativo sobre política de saúde | Limitações de enfoques restritos ao racismo institucional. |
| Oliveira e Pereira (2024) | Revisão de escopo latino-americana | Cinco dimensões de desigualdade no acesso. |
| Chaves, Andrade e Santos (2024) | Estudo transversal com análise de agrupamentos | Heterogeneidade entre cobertura, qualidade e resolutividade. |
| Costa, Jardim e Paes-Sousa (2026) | Revisão de escopo brasileira | Mecanismos teóricos pelos quais racismo produz desigualdades em saúde. |
| Welz et al. (2026) | Análise documental de normas | Dissonâncias entre regionalização normativa e responsabilidade sanitária. |
| Sellera et al. (2026) | Diagnóstico situacional sobre saúde digital | Assimetrias regionais e limites da transformação digital. |

Fonte: elaboração própria, com base nas publicações citadas. As informações do quadro descrevem os estudos originais, não os procedimentos realizados nesta revisão.

### 4.3 Barreiras interligadas e implicações para gestão e cuidado

Em termos operacionais, a literatura permite distinguir ao menos quatro barreiras que se reforçam. A primeira é distributiva: diferenças territoriais de equipamentos, profissionais e capacidade de financiamento geram assimetrias de oportunidade. A segunda é organizacional: fluxos fragmentados, baixa comunicação entre serviços e espera sem acompanhamento prejudicam a continuidade. A terceira é sociocultural: preconceito, racismo, barreiras comunicacionais e desconhecimento das condições reais de vida dos usuários influenciam acolhimento e decisões. A quarta é tecnológica: ferramentas digitais ampliam a capacidade de coordenação apenas quando acompanhadas de acessibilidade e alternativas inclusivas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2024; COSTA; JARDIM; PAES-SOUSA, 2026; SELLERA et al., 2026).

Essas barreiras interagem de maneira não linear. Uma pessoa residente em área distante pode ter consulta agendada, mas perder o atendimento por ausência de transporte. Outra pode alcançar fisicamente o serviço e não obter seguimento por dificuldade de comunicação ou tratamento discriminatório. Um terceiro usuário pode receber diagnóstico na atenção especializada, mas não conseguir retornar à atenção primária com plano terapêutico compartilhado. Os exemplos são situações analíticas ilustrativas, não relatos colhidos na pesquisa; sua função é evidenciar que acesso, utilização e continuidade não são equivalentes.

Para a gestão, as implicações incluem monitoramento de tempos de espera por território e grupo social, avaliação da conclusão de encaminhamentos, fortalecimento da atenção primária, financiamento regional pactuado e canais de participação e responsabilização. Tais recomendações não constituem avaliação de custo-efetividade, mas derivam da combinação de achados sobre heterogeneidade das redes e determinantes das desigualdades. A leitura de direitos humanos exige observar não apenas médias globais de cobertura, mas quem permanece excluído, em qual etapa e por quais mecanismos.

Para o trabalho em saúde, integralidade requer escuta qualificada, comunicação compreensível, elaboração compartilhada do plano de cuidado, reconhecimento de necessidades intersetoriais e enfrentamento de discriminações. A formação permanente deve considerar determinantes sociais, práticas antirracistas e coordenação clínica entre diferentes níveis. Essas medidas, embora necessárias, não dispensam investimento e desenho institucional: atribuir aos profissionais a responsabilidade exclusiva por corrigir desigualdades estruturais reproduziria a mesma redução individualizante criticada na literatura (SILVA et al., 2023; COSTA; JARDIM; PAES-SOUSA, 2026).

### 4.4 Limites das evidências e agenda de investigação

As publicações mobilizadas apresentam desenhos diversos e, por essa razão, sustentam inferências de naturezas distintas. A revisão de escopo de Oliveira e Pereira (2024) mapeia expressões da desigualdade, sem estabelecer a magnitude comparável de cada barreira. A pesquisa documental de Martinelli et al. (2022) examina planejamento em local e período delimitados, não autorizando generalização estatística para todo o país. A análise de agrupamentos de Chaves, Andrade e Santos (2024) identifica perfis agregados, mas não descreve diretamente todas as trajetórias individuais de cuidado. As análises de Silva et al. (2023) e de Costa, Jardim e Paes-Sousa (2026) aprofundam mecanismos relacionados ao racismo, com recortes e objetivos diferentes.

De modo semelhante, os estudos de 2026 sobre regulação territorial e saúde digital iluminam problemas contemporâneos de desenho institucional, sem demonstrar que uma intervenção específica, aplicada em qualquer região, produzirá por si só melhor equidade. Há ainda risco de confundir resultados de contextos e períodos diferentes, especialmente ao justapor estudos realizados antes, durante e depois da pandemia. O presente texto preserva essas distinções e evita calcular proporções próprias a partir de bases heterogêneas.

Como agenda de pesquisa, destacam-se estudos longitudinais de trajetórias assistenciais, análises interseccionais com raça/cor, renda, gênero, deficiência e território, avaliações da conclusão de encaminhamentos e estudos de implementação de pactos regionais. Também são relevantes investigações sobre acessibilidade digital, mecanismos de participação social e efeitos distributivos das escolhas orçamentárias. A articulação entre medidas quantitativas, estudos qualitativos e análise jurídico-institucional poderá revelar em que ponto a garantia formal falha e quais arranjos efetivamente a transformam em cuidado.

## 5. CONCLUSÃO

A revisão respondeu à questão norteadora ao demonstrar que a distância entre direito humano à saúde e assistência integral não decorre de um obstáculo único. O problema resulta da interação entre desigualdades históricas e sociais, discriminação, distribuição territorial assimétrica de serviços, fragmentação de redes, limitações de financiamento e incorporação desigual de tecnologias. A universalidade constitucional institui uma obrigação pública indispensável, mas a equidade determina como essa obrigação precisa ser concretizada diante de necessidades diferenciadas.

O objetivo geral foi atendido mediante o confronto entre fundamentos normativos e evidências científicas sobre acesso, racismo, regionalização e integração assistencial. A principal

contribuição teórica é a proposição de uma compreensão processual da equidade: o direito à saúde deve ser avaliado pela possibilidade de reconhecer necessidades, ingressar nos serviços, receber resposta apropriada e prosseguir o cuidado sem discriminação ou interrupções evitáveis. Nessa perspectiva, não basta oferecer serviços; importa assegurar que funcionem como percurso acessível e contínuo.

Os estudos examinados sustentam a importância de planejamento interfederativo efetivo, atenção primária fortalecida, recursos alocados segundo necessidades, políticas antidiscriminatórias, governança informacional e participação social. A validade dessas orientações depende de adaptação territorial e avaliação contextualizada; não constituem fórmula uniforme capaz de eliminar as desigualdades independentemente da capacidade estatal.

A revisão apresenta limitações assumidas: seleção narrativa por pertinência, ausência de busca exaustiva e de avaliação padronizada do risco de viés, heterogeneidade metodológica dos estudos e concentração em publicações acessíveis pelas fontes verificadas. Recomenda-se que novas investigações combinem monitoramento de trajetórias, análise distributiva e participação dos usuários, avançando da mensuração de cobertura para a investigação de cuidado efetivamente concluído. Conclui-se que garantir assistência integral à população é transformar o reconhecimento jurídico universal em oportunidades concretas, equitativas e sustentáveis de proteção da saúde.

## 6. REFERÊNCIAS


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: 9 nov. 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 e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 nov. 2026.

CHAVES, Lenir Aparecida; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; SANTOS, Alaneir de Fátima dos. **Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS**: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 6, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.18392022.

COSTA, Ana Cristina de Oliveira; JARDIM, Letícia Lemos; PAES-SOUSA, Rômulo. **O racismo como um determinante social da saúde e os seus mecanismos de atuação no Brasil**: uma revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 4, e09512025, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026314.09512025.

MARTINELLI, Nereide Lúcia et al. **Regionalização e Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso**. Saúde e Sociedade, v. 31, n. 4, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210195pt.

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina:** uma revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. **Inequidades e o planejamento regional**: diagnóstico situacional do Programa SUS Digital. Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 5, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026315.00352026.

SILVA, Diego Francisco Lima da et al. **Para além do Racismo Institucional?** Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 9, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.11602022.

WELZ, Lilian et al. **Vazios legais e responsabilidade sanitária na regionalização do Sistema Único de Saúde**: do desenho territorial às redes temáticas. Saúde em Debate, v. 50, n. 150, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-2898202615011343P.