ISSN: 2316-607X

SAÚDE, ECONOMIA E CIDADANIA: OS DESAFIOS PARA UMA SOCIEDADE MAIS SUSTENTÁVEL

Camila Parizotto Da Silva[1]
Camilla Cavasin Andreato[2]
Laura da Silva Massura[3]
Maria Isabela Ramos Haddad[4]
Marindia Feliciano Dos Santos[5]
Monica Picolo[6]
Samuel Jhonattan Emidio Brisch[7]

Resumo: A saúde, o desenvolvimento econômico e a cidadania constituem dimensões interdependentes da construção de sociedades sustentáveis. Este artigo objetiva analisar as relações entre esses elementos, com ênfase nas desigualdades sociais, no acesso aos serviços de saúde, no financiamento público e na participação social. Realizou-se uma revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa, com levantamento exploratório de artigos científicos, obras conceituais e documentos oficiais, publicados preferencialmente entre 2015 e 2026, complementados por referências normativas e teóricas anteriores. A síntese temática privilegiou o contexto brasileiro e a interlocução com referenciais internacionais. A literatura examinada indica que as condições socioeconômicas influenciam a exposição a riscos e as possibilidades de utilização dos serviços, enquanto políticas universais e mecanismos de proteção social podem contribuir para reduzir iniquidades. Identificaram-se desafios relacionados à suficiência do financiamento, à organização territorial da assistência, à capacidade produtiva, à efetividade da participação cidadã e à adaptação ambiental dos sistemas de saúde. Conclui-se que a sustentabilidade requer articulação entre políticas econômicas, sanitárias, sociais e ambientais, orientada pela garantia dos direitos e pela distribuição equitativa de recursos. O caráter não exaustivo da revisão limita a generalização dos resultados e recomenda o aprofundamento de investigações interdisciplinares.
Palavras-chave: Saúde Pública; Economia Da Saúde; Cidadania; Equidade Em Saúde; Desenvolvimento Sustentável.

Abstract: Health, economic development and citizenship are interdependent dimensions of building sustainable societies. This article aims to analyze their relationships, emphasizing social inequalities, access to health services, public financing and social participation. A qualitative narrative literature review was conducted through an exploratory search for scientific articles, conceptual works and official documents, preferably published between 2015 and 2026, supplemented by earlier theoretical and legal references. The thematic synthesis focused on Brazil while drawing on international frameworks. The literature reviewed indicates that socioeconomic conditions influence exposure to risks and opportunities to use health services, whereas universal policies and social protection mechanisms may contribute to reducing inequities. Challenges include adequate financing, territorial organization of care, productive capacity, effective citizen participation and

[1] Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2025)
[2] Mestrado em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2021)
[3] Especialista em Farmácia Estética pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP. (2019)
[4] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. (2017)
[5] Mestrado em Economia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2023)
[6] Especialização em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD pela Faculdade de Guarantã do Norte, Brasil. (2018)
[7] Graduação em Bacharelado em Direito pela Uniao das Faculdades do Norte de Mato Grosso, Brasi.l (2025)

environmental adaptation of health systems. The review concludes that sustainability requires coordination across economic, health, social and environmental policies, guided by the protection of rights and equitable resource distribution. The non-exhaustive nature of the review limits the generalizability of its findings and highlights the need for further interdisciplinary research.
Keywords: Public Health; Health Economics; Citizenship; Health Equity; Sustainable Development.

1 INTRODUÇÃO

A construção de uma sociedade sustentável exige compreender como as condições de vida, a organização da economia e a capacidade de participação política se relacionam com a saúde da população. A disponibilidade de serviços assistenciais constitui uma dimensão importante dessa relação, mas não esgota os fatores responsáveis pela produção da saúde e da doença. Condições de moradia, renda, educação, trabalho, alimentação e proteção ambiental interferem nas oportunidades de viver com autonomia e segurança. O relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde reforça a necessidade de enfrentar essas condições mediante ações coordenadas entre setores e níveis de governo (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a discussão adquire particular relevância diante da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que representa a afirmação da saúde como direito social. A Constituição Federal estabelece que "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988, p. 23). Essa concepção supera a associação exclusiva entre acesso à assistência e capacidade individual de pagamento, atribuindo ao poder público responsabilidades que abrangem a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. A implementação do direito, entretanto, depende de condições materiais, administrativas e políticas que permitam transformar a garantia jurídica em acesso efetivo.

A trajetória brasileira evidencia que a expansão das políticas públicas pode produzir avanços sanitários relevantes sem eliminar as desigualdades que caracterizam a sociedade. Castro et al. (2019) identificam conquistas na trajetória do SUS e discutem as ameaças que restrições financeiras representam para sua continuidade. Por sua vez, Coube et al. (2023) identificam a permanência de diferenças socioeconômicas na utilização de serviços de saúde, mesmo diante de redução de parte dessas desigualdades ao longo do tempo. A aproximação entre essas análises permite distinguir a existência institucional de um sistema universal da capacidade concreta de assegurar cuidados adequados a diferentes grupos populacionais.

A sustentabilidade acrescenta uma dimensão temporal ao debate. A oferta de cuidados não pode depender de arranjos financeiros, produtivos ou ambientais que comprometam sua continuidade ou transfiram riscos desproporcionais às gerações futuras. A Agenda 2030 articula o enfrentamento da pobreza, a promoção da saúde, o trabalho digno, a redução das desigualdades e a proteção ambiental em uma agenda comum de desenvolvimento (United Nations, 2015). Nesse contexto, a política de saúde deve ser analisada tanto por seus resultados assistenciais quanto por suas relações com a economia, a justiça social e a preservação dos recursos naturais.

A questão norteadora deste artigo é: de que forma a literatura relaciona saúde, desenvolvimento econômico e exercício da cidadania, e quais desafios aponta para a construção de uma sociedade mais sustentável? A justificativa reside na necessidade de aproximar abordagens que frequentemente são tratadas de maneira setorial, produzindo uma leitura capaz de integrar a dimensão distributiva das políticas econômicas, o reconhecimento dos direitos sociais e as exigências ambientais contemporâneas.

O objetivo geral consiste em analisar, mediante revisão narrativa da literatura, as relações entre saúde, desenvolvimento econômico e cidadania, identificando seus principais desafios para a sustentabilidade social. Especificamente, busca-se revisar os conceitos de saúde, desenvolvimento econômico, cidadania e sustentabilidade; sintetizar evidências relativas às desigualdades sociais e econômicas no acesso à saúde e no exercício de direitos; discutir políticas públicas, financiamento e participação social como instrumentos de equidade; e apontar perspectivas para pesquisas e políticas futuras. O enfoque privilegia a realidade brasileira, articulada a referenciais internacionais pertinentes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa e caráter analítico, elaborada exclusivamente a partir de publicações científicas e documentos institucionais já disponíveis. A escolha decorre da amplitude interdisciplinar do problema, que envolve conceitos normativos, estudos empíricos publicados e análises de políticas públicas. A revisão narrativa permite construir uma síntese argumentativa entre fontes heterogêneas, sem pressupor exaustividade ou equivalência metodológica entre os estudos. Baethge, Goldbeck-Wood e Mertens (2019) destacam a importância de explicitar objetivos, busca bibliográfica e fundamentação em evidências nesse tipo de revisão.

O levantamento exploratório foi realizado em 24 de novembro de 2026 por meio de buscas eletrônicas direcionadas às publicações indexadas no PubMed e disponibilizadas na

SciELO, além de páginas de periódicos científicos e repositórios oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Governo Federal brasileiro. Não foi efetuada busca independente nas interfaces do Portal de Periódicos CAPES ou do Google Acadêmico; a identificação das fontes ocorreu por mecanismos de busca na web, com restrição de domínio quando pertinente.

Foram empregados termos livres e expressões temáticas em português e inglês, entre eles: saúde pública, determinantes sociais da saúde, desigualdades em saúde, participação social, desenvolvimento sustentável, financiamento da saúde, atenção primária, universal health coverage, health inequalities, health financing, socioeconomic vulnerability e sustainable development. As consultas combinaram esses termos com Brasil, SUS, cidadania e COVID-19, conforme o eixo investigado. Não se reivindica a validação de todos os termos como descritores controlados DeCS ou MeSH.

Adotou-se como recorte preferencial o período de janeiro de 2015 a novembro de 2026, admitindo-se publicações anteriores de relevância conceitual ou normativa, especialmente a Constituição Federal de 1988, a legislação orgânica da saúde e a formulação do desenvolvimento como liberdade. Foram considerados elegíveis artigos científicos, livros de referência e documentos oficiais em português ou inglês, identificáveis por autoria institucional ou individual, título, ano e endereço eletrônico ou DOI, pertinentes a pelo menos um dos eixos da revisão. Foram excluídos materiais publicitários, textos opinativos sem fundamentação acadêmica, registros duplicados e fontes sem relação substantiva com o problema investigado.

A seleção foi intencional, orientada pela pertinência temática e pela contribuição das fontes ao argumento central. O conteúdo foi examinado a partir dos textos e resumos acessíveis, com consulta aos documentos normativos originais para as transcrições diretas. A análise distinguiu estudos observacionais, projeções, ensaios de política e documentos normativos, evitando atribuir a todos o mesmo poder de demonstração. A síntese foi organizada em quatro dimensões: fundamentos conceituais; desigualdades e acesso; financiamento, produção e governança; e sustentabilidade socioambiental. Não foram realizadas coleta de dados primários, metanálise, avaliação formal do risco de viés ou seleção independente por revisores. A busca não constituiu levantamento sistemático e não permite estimar a totalidade das publicações elegíveis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E DESENVOLVIMENTO

3.1 Saúde como direito e expressão das condições de vida

A perspectiva ampliada de saúde desloca a análise do organismo individual para as relações que estruturam a vida em sociedade. O reconhecimento das condições sociais como componentes da saúde implica considerar não apenas a incidência de doenças, mas também a distribuição de recursos que permitem prevenir agravos, buscar assistência e desenvolver projetos de vida. Assim, a análise das desigualdades sanitárias deve investigar os mecanismos pelos quais condições econômicas e institucionais produzem exposições e oportunidades diferenciadas.

No ordenamento brasileiro, a Lei nº 8.080/1990, com alteração introduzida pela Lei nº 12.864/2013, reconhece a influência de fatores sociais, econômicos e ambientais nos níveis de saúde da população (Brasil, 1990a; Brasil, 2013). A importância desse reconhecimento está em vincular a atuação do sistema sanitário a políticas que ultrapassam os limites da assistência individual. O direito à saúde não se realiza integralmente quando há tratamento disponível, mas persistem condições evitáveis de exposição a doenças, acidentes ou insegurança alimentar.

A distinção entre desigualdade e iniquidade é relevante para esse debate. Diferenças observadas em indicadores de saúde podem decorrer de fatores diversos, enquanto a identificação de iniquidades requer examinar sua associação com condições injustas, socialmente produzidas e passíveis de intervenção. A equidade, portanto, não equivale a distribuir recursos idênticos em todas as circunstâncias. Exige considerar necessidades diferentes, barreiras diferenciadas e as condições que limitam a capacidade de usufruir de um serviço. O relatório da OMS de 2025 oferece uma base contemporânea para situar essas diferenças no âmbito das relações sociais e das políticas de desenvolvimento (World Health Organization, 2025).

A aplicação dessa concepção ao planejamento público implica avaliar, por exemplo, se o horário de atendimento é compatível com as condições de trabalho dos usuários, se o deslocamento até os serviços é viável e se a comunicação institucional permite compreender os procedimentos necessários. Esses exemplos ilustram a diferença entre disponibilidade nominal e acessibilidade substantiva. Uma política pode formalmente atender a todos e, ainda assim, produzir efeitos desiguais quando as condições de utilização são distintas.

Também é necessário evitar que a abordagem dos determinantes sociais seja interpretada como substituição das responsabilidades assistenciais. A melhoria das condições

de vida não elimina a necessidade de tratamento, reabilitação e acompanhamento das doenças existentes. Da mesma forma, o fortalecimento da assistência não dispensa intervenções sobre riscos produzidos fora do setor. A integralidade requer articular essas dimensões em vez de opor prevenção e cuidado.

3.2 Desenvolvimento econômico e capacidades humanas

O crescimento econômico, entendido como expansão da produção e da renda agregada, constitui uma variável relevante para a capacidade de financiamento das políticas públicas. Contudo, não oferece, isoladamente, uma medida suficiente do desenvolvimento social. A abordagem de Sen (1999) propõe compreender o desenvolvimento a partir da ampliação das liberdades substantivas, considerando as possibilidades reais de as pessoas realizarem atividades e escolhas que valorizam. Nessa perspectiva, a renda importa pelo que possibilita, não apenas por sua magnitude.

A saúde integra essa concepção em duas direções. Por um lado, é favorecida por condições materiais que permitem alimentação adequada, moradia segura e acesso a cuidados. Por outro, condições de saúde adequadas ampliam as possibilidades de estudar, trabalhar, participar de decisões e estabelecer vínculos sociais. A relação entre saúde e economia é, portanto, potencialmente recíproca. Não se trata, porém, de reduzir o valor da vida à produtividade: o direito à saúde deve alcançar também pessoas que não participam do mercado de trabalho, inclusive crianças, idosos e pessoas com limitações funcionais.

Essa interpretação permite questionar estratégias de desenvolvimento que atribuem prioridade exclusiva ao crescimento do produto interno bruto. Dois territórios com renda agregada semelhante podem oferecer oportunidades de vida distintas quando diferem quanto à distribuição dos recursos, à oferta de serviços públicos e à exposição a riscos ambientais. O desenvolvimento deve ser avaliado também por sua capacidade de transformar recursos disponíveis em bem-estar, autonomia e segurança social.

A economia da saúde contribui para essa reflexão ao analisar escolhas de alocação em contextos de recursos limitados. Sua questão central não consiste simplesmente em reduzir despesas, mas em compreender quais usos dos recursos produzem resultados relevantes, a quem beneficiam e quais alternativas deixam de ser financiadas. Uma avaliação economicamente favorável sob determinado critério pode não ser distributivamente justa se os benefícios estiverem concentrados em grupos com melhores condições de acesso. A incorporação da equidade às decisões amplia, assim, o conjunto de critérios utilizados para definir prioridades.

Gadelha (2022) acrescenta uma dimensão produtiva à relação entre economia e saúde ao discutir o Complexo Econômico-Industrial da Saúde. O funcionamento dos sistemas universais depende de uma base material que inclui produção de medicamentos, equipamentos, insumos e conhecimentos tecnológicos. Essa perspectiva aproxima a política sanitária das estratégias de desenvolvimento industrial e inovação. Diferentemente de uma leitura que considera a saúde apenas destinatária de recursos gerados por outros setores, o enfoque evidencia sua inserção na própria estrutura econômica.

Dessa aproximação emerge uma questão de política pública: quais capacidades produtivas são necessárias para que a oferta de cuidados não seja excessivamente vulnerável a interrupções externas? A resposta envolve avaliar a relevância sanitária dos produtos, a viabilidade da produção, a qualidade dos insumos e a organização das compras públicas. O fortalecimento produtivo não deve ser confundido com proteção indiscriminada de empresas; sua justificativa reside na contribuição demonstrável à continuidade, à acessibilidade e à qualidade da assistência.

3.3 Cidadania, direitos sociais e democracia sanitária

A cidadania é compreendida neste artigo como a condição de reconhecimento de direitos e a possibilidade efetiva de participar da vida coletiva e influenciar decisões públicas. No âmbito sanitário, abrange o acesso a ações e serviços, a informação sobre direitos e a participação na formulação e no acompanhamento das políticas. A realização dessas dimensões pressupõe instituições capazes de oferecer proteção sem discriminação e mecanismos pelos quais a população possa apresentar necessidades e questionar decisões.

Machado e Silva (2019) analisam a constituição do sistema universal brasileiro em conexão com o processo de democratização e com as disputas políticas em torno da reforma sanitária. Sua leitura evidencia que a configuração das políticas de saúde não decorre exclusivamente de decisões técnicas, mas também de relações de poder, coalizões e escolhas institucionais. A universalização do direito significou uma mudança na posição dos sujeitos perante o Estado, ao desvincular a titularidade do direito da inserção no emprego formal.

A Constituição estabeleceu como diretriz do sistema público a “participação da comunidade” (Brasil, 1988, p. 23). A Lei nº 8.142/1990 institucionalizou conselhos e conferências como mecanismos de participação na gestão do SUS (Brasil, 1990b). O significado desses espaços não se limita à comunicação entre gestores e usuários: envolve a possibilidade de discutir prioridades, acompanhar a execução das políticas e tornar públicas

necessidades que poderiam permanecer invisíveis nos processos administrativos convencionais.

A cidadania sanitária depende, entretanto, de condições que tornem viável a participação. O acesso a documentos, a compreensão de informações técnicas, a disponibilidade de tempo e a possibilidade de deslocamento influenciam a presença dos diferentes segmentos sociais nos espaços deliberativos. Se tais condições não forem consideradas, a abertura formal de um canal participativo pode coexistir com a concentração da influência entre atores que dispõem de mais recursos organizacionais.

Moura, Cárdenas e Guilhem (2026) identificam diferentes mecanismos de participação social no SUS e discutem obstáculos ao seu funcionamento. A revisão evidencia a necessidade de fortalecer a autonomia e a efetividade dos espaços participativos e de desenvolver formas de avaliar seus resultados. O desafio não está apenas em ampliar a quantidade de reuniões ou instâncias existentes, mas em compreender se a participação produz consequências reconhecíveis na gestão, na definição de prioridades e na prestação de contas.

A relação entre cidadania e saúde é também uma relação de reciprocidade. Uma pessoa com acesso insuficiente a cuidados ou com comprometimento funcional pode encontrar obstáculos à participação comunitária. Em sentido inverso, instituições que acolhem as demandas de grupos socialmente vulnerabilizados podem produzir políticas mais sensíveis a suas necessidades. Essa interpretação, de natureza conceitual, não pressupõe que toda experiência participativa produza automaticamente melhores indicadores sanitários; indica uma via pela qual direitos e capacidade de ação coletiva podem se reforçar.

3.4 Sustentabilidade e integração das dimensões do desenvolvimento

A sustentabilidade, no contexto deste estudo, compreende a capacidade de manter condições de vida dignas, instituições funcionais e sistemas produtivos compatíveis com a preservação ambiental ao longo do tempo. A Agenda 2030 fornece um marco de integração entre essas dimensões ao reunir objetivos que abrangem pobreza, saúde, educação, água e saneamento, trabalho, desigualdades, clima e instituições (United Nations, 2015). O seu caráter integrado permite examinar os efeitos cruzados de decisões tomadas em setores distintos.

No campo sanitário, a dimensão social da sustentabilidade envolve assegurar continuidade e equidade do acesso. A dimensão econômica requer financiamento compatível com as responsabilidades assumidas, capacidade administrativa e disponibilidade dos bens

necessários à assistência. A dimensão ambiental envolve reduzir impactos evitáveis das atividades sanitárias e preparar os serviços para riscos climáticos. A dimensão institucional atravessa as anteriores, pois estabelece mecanismos de planejamento, regulação e responsabilidade pública.

A integração dessas dimensões não elimina conflitos. Uma intervenção pode melhorar a disponibilidade imediata de serviços e, simultaneamente, elevar custos recorrentes ou exigir maior consumo energético. De modo inverso, uma iniciativa de economia de recursos pode prejudicar a qualidade do atendimento se aplicada sem avaliar necessidades clínicas. O conceito de sustentabilidade exige explicitar tais conflitos e buscar alternativas que preservem os direitos e a segurança dos usuários.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, relativo à saúde e ao bem-estar, relaciona-se diretamente com a proteção financeira e o acesso aos serviços essenciais. Sua realização depende, também, de avanços em objetivos associados à redução da pobreza, ao saneamento, ao emprego digno e à ação climática. O sentido dessa articulação é evitar que a política sanitária seja avaliada apenas por indicadores internos ao setor, ignorando as condições externas que influenciam a demanda por cuidados e os resultados alcançados.

3.5 Desigualdades socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde

O acesso à saúde constitui um processo que envolve reconhecer uma necessidade, procurar assistência, encontrar um serviço adequado e receber cuidado oportuno e resolutivo. As barreiras econômicas podem atuar em qualquer dessas etapas, mesmo quando não existe cobrança direta pelo atendimento. Custos de transporte, perda de remuneração durante deslocamentos, necessidade de cuidado de dependentes e dificuldades para adquirir itens não disponibilizados são exemplos de mecanismos que devem ser considerados na avaliação da acessibilidade.

Coube et al. (2023), ao estudarem a utilização de serviços no Brasil com informações de 1998 a 2019, demonstram que as diferenças favoráveis aos grupos de maior renda persistiram, embora tenham diminuído em parte do período. As diferenças observadas em procedimentos preventivos são especialmente relevantes para a interpretação da equidade. A redução de uma desigualdade média não implica seu desaparecimento, assim como o aumento do número de atendimentos não garante que os grupos com maiores necessidades tenham sido proporcionalmente beneficiados.

A interpretação de indicadores de utilização requer cautela. Um grupo pode apresentar menor frequência de consultas porque possui melhor estado de saúde ou porque enfrenta

obstáculos ao atendimento. Da mesma forma, maior utilização hospitalar pode representar melhor disponibilidade de tratamento ou maior ocorrência de condições que poderiam ter sido prevenidas. Por isso, a avaliação deve relacionar utilização, necessidades sanitárias, qualidade e resultados, evitando tomar o volume de serviços como medida autossuficiente de equidade.

A organização territorial representa outra dimensão importante. A concentração de serviços especializados em centros urbanos pode ser justificada por exigências de escala e disponibilidade de equipes. No entanto, quando não existem mecanismos adequados de referência, transporte e acompanhamento, essa organização pode impor custos adicionais a usuários de regiões menos assistidas. A regionalização precisa conciliar ganhos organizacionais com a garantia de acesso, sem supor que a distribuição uniforme de estruturas seja sempre a solução mais adequada.

As desigualdades raciais constituem um eixo que não se reduz às diferenças de renda. Hone et al. (2017) examinaram a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua associação com a mortalidade por condições sensíveis à atenção primária em municípios brasileiros. Os resultados indicaram maior redução associada à expansão da cobertura entre pessoas pretas e pardas do que entre pessoas brancas. Por se tratar de análise ecológica, os achados não autorizam inferência individual direta, mas oferecem evidência de que políticas universais podem produzir benefícios distributivos relevantes.

A comparação entre Hone et al. (2017) e Coube et al. (2023) indica que os resultados podem variar conforme a dimensão analisada. Enquanto a expansão de uma política territorial de atenção primária pode associar-se à redução de diferenças em mortalidade, desigualdades no acesso a outros procedimentos podem permanecer. A implicação é que a equidade precisa ser acompanhada em diferentes níveis da rede assistencial, sem generalizar os resultados de uma intervenção específica para o sistema inteiro.

3.6 Vulnerabilidade econômica, crises sanitárias e proteção social

A pandemia de COVID-19 constituiu um contexto particularmente relevante para examinar a relação entre vulnerabilidade econômica e capacidade de resposta sanitária. Rocha et al. (2021) analisaram condições socioeconômicas, fatores de risco, recursos assistenciais e respostas governamentais no Brasil. O estudo permite compreender por que a preparação para crises não deve ser avaliada apenas pela disponibilidade de equipamentos hospitalares: condições habitacionais, inserção laboral e capacidade institucional também precisam ser consideradas.

Uma medida preventiva que exige permanência no domicílio, por exemplo, tem implicações econômicas distintas para trabalhadores com estabilidade de renda e para aqueles cuja subsistência depende de atividades presenciais diárias. A eficácia coletiva de uma política sanitária pode, portanto, depender de instrumentos de proteção econômica. A transferência de renda e a assistência social não substituem o cuidado médico, mas podem reduzir obstáculos à adoção de medidas protetivas quando estas exigem recursos que não estão igualmente distribuídos.

Rasella et al. (2018) analisaram cenários alternativos de resposta à crise econômica brasileira por meio de microssimulação, considerando programas de transferência de renda e atenção primária. O estudo discute possíveis repercussões dessas escolhas sobre a saúde infantil. Como os resultados derivam de projeções condicionadas a hipóteses e parâmetros, não devem ser apresentados como eventos efetivamente observados. Sua contribuição reside em demonstrar a utilidade de incorporar consequências sanitárias à avaliação prospectiva de políticas econômicas.

O diálogo entre as análises de crise econômica e de emergência sanitária sugere que a resiliência deve ser construída antes da ocorrência dos eventos críticos. Sistemas que dispõem de mecanismos regulares de proteção social, coordenação territorial e acompanhamento de populações vulneráveis podem contar com estruturas úteis para organizar respostas emergenciais. O argumento não implica atribuir toda diferença de desempenho a uma única política; indica que a preparação depende de múltiplos componentes e que decisões anteriores à crise delimitam as alternativas disponíveis durante sua ocorrência.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS, FINANCIAMENTO E SUSTENTABILIDADE

4.1 Universalidade, alocação de recursos e proteção financeira

O fundamento constitucional da política de saúde brasileira vincula a universalidade ao conjunto das políticas sociais e econômicas. Essa relação encontra expressão particularmente clara no art. 196 da Constituição Federal:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988, p. 23).

A disposição constitucional não define apenas uma obrigação assistencial: estabelece a redução de riscos e o acesso como componentes de uma responsabilidade pública mais abrangente. Nesse sentido, a sustentabilidade financeira deve ser interpretada em relação ao

cumprimento das finalidades do sistema, e não exclusivamente como controle do crescimento das despesas.

A análise de Massuda et al. (2018) situa os problemas de sustentabilidade do SUS em um contexto de fragilidades estruturais, crise econômica e restrição do gasto público. Castro et al. (2019) também problematizam as repercussões de medidas de contenção fiscal sobre a trajetória de universalização. Esses trabalhos foram produzidos em contextos históricos específicos; suas avaliações não constituem, por si mesmas, descrição atualizada das regras fiscais vigentes em 2026. Sua relevância para a presente revisão está na identificação dos mecanismos pelos quais instabilidade e insuficiência de recursos podem afetar a continuidade das políticas.

A OCDE (2021) enfatiza a necessidade de mobilizar financiamento suficiente para cumprir o mandato universal do SUS e aprimorar a utilização dos recursos. Essa abordagem acrescenta uma dimensão operacional ao debate. A disponibilidade orçamentária e a qualidade da gestão são problemas relacionados, mas analiticamente distintos: um sistema pode apresentar insuficiência de financiamento e, simultaneamente, oportunidades de reduzir desperdícios. Reconhecer uma dessas situações não elimina a necessidade de enfrentar a outra.

Para a economia da saúde, o custo de oportunidade corresponde ao benefício da melhor alternativa que deixa de ser realizada quando recursos são destinados a determinada intervenção. No planejamento sanitário, esse conceito recomenda comparar alternativas considerando seus efeitos, custos e necessidades atendidas. Entretanto, a decisão pública não deve utilizar exclusivamente a quantidade agregada de benefícios, pois pode haver razões de equidade para priorizar grupos com necessidades elevadas, ainda que sua assistência exija recursos adicionais.

O monitoramento internacional da cobertura universal incorpora a proteção financeira como parte do objetivo de garantir acesso a cuidados. O relatório conjunto da OMS e do Banco Mundial de 2025 estima que 2,1 bilhões de pessoas enfrentaram dificuldades financeiras relacionadas a despesas diretas em saúde em 2022 (World Health Organization; World Bank, 2025). O dado possui alcance mundial e não representa estimativa específica do Brasil. Ele evidencia a relevância de avaliar conjuntamente a disponibilidade dos serviços e as consequências econômicas de sua utilização.

A gratuidade no ponto de atendimento constitui instrumento importante para reduzir barreiras, mas não resolve todos os custos associados ao cuidado. Políticas de acesso a medicamentos, organização do transporte sanitário e articulação da rede podem complementar

a proteção financeira. A escolha entre diferentes instrumentos deve considerar as necessidades territoriais, a capacidade de execução e o efeito esperado sobre as famílias mais expostas a dificuldades econômicas.

4.2 Atenção primária, prevenção e continuidade assistencial

A atenção primária constitui um espaço estratégico de articulação entre a assistência individual, a prevenção e o conhecimento das condições de vida da população. Seu potencial decorre da proximidade territorial e da possibilidade de acompanhar necessidades ao longo do tempo. A trajetória do SUS apresentada por Castro et al. (2019) situa essa organização entre os componentes relevantes da expansão da cobertura pública.

A evidência de Hone et al. (2017) sobre diferenças raciais na mortalidade sensível à atenção primária reforça a pertinência de considerar efeitos distributivos da ESF. A implicação para a sustentabilidade não se resume à possibilidade de evitar atendimentos hospitalares. Inclui a capacidade de reduzir agravos, melhorar o acompanhamento e identificar precocemente situações que necessitam de intervenção. A análise econômica deve contemplar esses benefícios sem pressupor que toda atividade preventiva produza necessariamente economia líquida de recursos.

A continuidade assistencial exige integração entre atenção primária, serviços especializados, assistência farmacêutica, reabilitação e vigilância. O diagnóstico oportuno tem alcance limitado quando não há disponibilidade de tratamento ou acompanhamento. Do mesmo modo, o atendimento especializado pode perder efetividade se não houver condições de continuidade após a alta. A coordenação da rede é, portanto, parte do problema de alocação: investir em um componente sem considerar suas interfaces pode produzir gargalos em outros pontos.

A avaliação do desempenho deve considerar a adequação do cuidado, e não apenas a produtividade medida por procedimentos. Indicadores de acesso oportuno, continuidade, resolutividade e experiência dos usuários podem complementar medidas de volume. Essa proposta deriva da necessidade de distinguir a presença formal de serviços de sua capacidade efetiva de responder aos problemas de saúde, conforme evidenciam as desigualdades de utilização descritas por Coube et al. (2023).

4.3 Capacidade produtiva, inovação e dependência tecnológica

A relação entre financiamento e disponibilidade de serviços inclui a organização da produção dos bens utilizados na assistência. Uma dotação orçamentária suficiente pode não

garantir acesso oportuno quando cadeias de fornecimento são instáveis, quando faltam alternativas tecnológicas adequadas ou quando os produtos disponíveis não correspondem às necessidades epidemiológicas da população. A sustentabilidade precisa considerar, portanto, a estrutura econômica que dá suporte ao sistema de saúde.

Gadelha (2022) propõe analisar essa relação por meio do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, situando a inovação e a base produtiva entre os elementos constitutivos dos sistemas universais. A perspectiva oferece uma conexão entre a política de desenvolvimento e a garantia do direito à saúde: decisões relativas à ciência, à indústria e ao comércio podem influenciar as condições materiais da assistência. O SUS, por sua vez, constitui uma demanda institucional relevante para orientar capacidades produtivas e tecnológicas.

A incorporação de tecnologias deve ser orientada por critérios transparentes de necessidade, segurança, efetividade, custos e impactos distributivos. Novidade tecnológica não é sinônimo de ganho sanitário proporcional ao investimento. A avaliação precisa considerar alternativas existentes, condições de utilização e custos de manutenção. Em contextos de restrição de recursos, a ausência desses critérios pode deslocar investimentos de ações essenciais para intervenções de benefício incerto.

A inovação digital exemplifica essa tensão. Ferramentas de comunicação e acompanhamento remoto podem reduzir deslocamentos e ampliar possibilidades de atendimento, mas sua implementação precisa considerar conectividade, acessibilidade, proteção de dados e alternativas presenciais. A digitalização não deve transformar o acesso à tecnologia em condição exclusiva de exercício de um direito universal. Trata-se de uma questão de desenho institucional que articula eficiência, proteção dos usuários e equidade.

4.4 Participação social, transparência e responsabilização pública

O financiamento das políticas de saúde constitui também um objeto de deliberação democrática. A definição das prioridades envolve escolhas sobre quais necessidades serão atendidas primeiro, quais riscos serão assumidos e como os recursos serão distribuídos. A participação social pode contribuir para explicitar essas escolhas, desde que exista acesso às informações relevantes e possibilidade de diálogo com os responsáveis pela execução.

Os conselhos e conferências previstos na Lei nº 8.142/1990 constituem instrumentos institucionais para essa participação (Brasil, 1990b). A representação social permite incorporar experiências que nem sempre aparecem nos indicadores agregados, como dificuldades de deslocamento, barreiras de comunicação ou descontinuidade do tratamento.

Tais informações não substituem a análise epidemiológica e econômica, mas podem complementar a identificação dos problemas que demandam investigação e intervenção.

A revisão de Moura, Cárdenas e Guilhem (2026) chama atenção para a necessidade de avaliar a qualidade e os efeitos dos mecanismos participativos. Nesse sentido, a transparência não deve limitar-se à disponibilização de documentos extensos ou tecnicamente complexos. É necessário que os dados sejam apresentados de forma compreensível e que as decisões possuam justificativas acessíveis, permitindo verificar como as demandas apresentadas foram consideradas.

A análise de Machado e Silva (2019) evidencia que as disputas em torno do sistema universal envolvem diferentes atores e interesses. Assim, a existência de espaços participativos não elimina conflitos distributivos, nem garante a prevalência de determinada posição. Seu valor institucional está na possibilidade de tornar os conflitos discutíveis, exigir justificativas públicas e acompanhar as consequências das decisões. O fortalecimento da cidadania requer que esses mecanismos sejam capazes de incluir perspectivas diversas sem substituir as responsabilidades legais dos gestores.

4.5 Sustentabilidade ambiental e resiliência dos sistemas de saúde

A relação entre saúde e ambiente possui duas dimensões complementares. A primeira diz respeito aos efeitos das condições ambientais sobre o bem-estar humano e a demanda por cuidados. A segunda refere-se aos impactos ambientais gerados pela própria prestação de serviços sanitários. Compreender ambas evita tratar os estabelecimentos de saúde apenas como receptores das consequências da degradação ambiental, sem considerar suas responsabilidades no uso de recursos.

O marco operacional da OMS para sistemas de saúde resilientes ao clima e de baixo carbono propõe integrar adaptação climática e redução de impactos ambientais à organização dos serviços (World Health Organization, 2023). O documento fornece uma orientação institucional para pensar planejamento, infraestrutura e uso de recursos em um contexto de mudanças climáticas. A adaptação procura preservar a continuidade do cuidado diante de eventos adversos; a mitigação busca reduzir a contribuição do setor para os problemas ambientais que podem comprometer a saúde no futuro.

Em termos operacionais, o planejamento pode considerar disponibilidade de água e energia, manutenção das estruturas, organização do fornecimento de insumos e gerenciamento adequado de resíduos. Essas medidas precisam ser avaliadas de acordo com as condições de cada estabelecimento. A redução de desperdício não autoriza flexibilizar requisitos de

biossegurança, assim como a adoção de soluções ambientais não deve comprometer a qualidade da assistência. A sustentabilidade sanitária exige compatibilizar objetivos ambientais e proteção dos usuários e trabalhadores.

A dimensão econômica desse processo envolve avaliar custos ao longo do ciclo de vida das soluções adotadas. Um equipamento com menor custo inicial pode exigir manutenção frequente ou maior consumo de energia; uma estrutura mais resistente pode exigir investimento inicial superior. A comparação entre alternativas deve considerar a continuidade operacional e os riscos de interrupção, não apenas o valor de aquisição. Esses critérios oferecem uma forma de integrar decisões financeiras e ambientais sem pressupor que toda alternativa sustentável seja imediatamente mais barata.

Os riscos ambientais também apresentam dimensão distributiva. A capacidade de evitar exposições, recuperar perdas e acessar assistência após eventos extremos depende das condições materiais e institucionais disponíveis. A integração entre a agenda climática e as políticas de saúde deve, assim, identificar grupos com menor capacidade de proteção e considerar suas necessidades na preparação territorial. Essa orientação aproxima a sustentabilidade ambiental do enfoque dos determinantes sociais apresentado pela OMS (World Health Organization, 2025).

5 DISCUSSÃO

5.1 Convergências e diferenças entre os referenciais

A literatura examinada permite identificar uma convergência central: a saúde não pode ser compreendida independentemente das condições de desenvolvimento econômico e das instituições que organizam a distribuição de recursos e direitos. A abordagem das capacidades de Sen (1999) fornece um fundamento normativo para compreender por que a ampliação das oportunidades humanas deve integrar os objetivos do desenvolvimento. O relatório da OMS (2025), por sua vez, desloca essa discussão para as condições sociais que produzem diferenças sanitárias. A Agenda 2030 incorpora ambas as preocupações em uma estrutura internacional de compromissos interdependentes (United Nations, 2015).

Essas perspectivas não são equivalentes. A abordagem das capacidades apresenta critérios para interpretar o desenvolvimento humano, enquanto os documentos internacionais estabelecem orientações institucionais e prioridades de ação. Os estudos epidemiológicos, por outro lado, investigam relações entre variáveis observáveis em populações específicas. A

integração desses materiais permite construir uma interpretação interdisciplinar, mas não autoriza tratar princípios normativos como demonstrações empíricas de efetividade.

A comparação entre Castro et al. (2019), Massuda et al. (2018) e a OCDE (2021) revela uma diferença de ênfase no debate sobre financiamento. Os primeiros trabalhos destacam fragilidades estruturais e consequências potenciais de restrições fiscais; a OCDE dedica atenção tanto à suficiência dos recursos quanto à eficiência de sua aplicação. Essas posições podem ser complementares quando se reconhece que o controle de desperdícios não substitui o financiamento necessário ao cumprimento de responsabilidades públicas e que o aumento de recursos, isoladamente, não garante melhoria da organização dos serviços.

Gadelha (2022) amplia esse debate ao considerar a estrutura produtiva da saúde. A articulação entre sua perspectiva e a análise do financiamento evidencia que a capacidade de execução do orçamento depende também das condições de oferta de tecnologias e insumos. Assim, a sustentabilidade não pode ser avaliada exclusivamente por indicadores de despesa; deve considerar a capacidade de converter recursos financeiros em bens e serviços adequados às necessidades sanitárias.

A dimensão política complementa a interpretação econômica. Machado e Silva (2019) analisam os conflitos e alianças que condicionam a implementação da universalidade, enquanto Moura, Cárdenas e Guilhem (2026) discutem os mecanismos de participação e suas limitações. A conexão entre essas análises sugere que escolhas de financiamento, regulação e organização assistencial também precisam ser compreendidas como decisões públicas submetidas a disputas e mecanismos de responsabilização.

5.2 Universalidade e equidade: avanços e contradições

A coexistência entre conquistas do SUS e persistência de desigualdades não configura necessariamente uma contradição nos resultados das pesquisas. Hone et al. (2017) investigam a associação entre expansão da atenção primária e mortalidade em grupos raciais distintos; Coube et al. (2023) examinam diferenças socioeconômicas na utilização de diferentes serviços. Os desfechos, períodos e unidades de análise não são equivalentes. A interpretação conjunta indica que melhorias em uma dimensão podem ocorrer ao mesmo tempo que outras desigualdades permanecem.

Esse resultado possui implicações para a avaliação de políticas públicas. A média populacional deve ser acompanhada por análises distributivas capazes de identificar diferenças entre territórios e grupos sociais. Um indicador agregado pode melhorar mesmo quando determinado segmento permanece em condição desfavorável. Por outro lado, uma

redução de diferença entre grupos não garante, isoladamente, melhoria absoluta para ambos. A avaliação de equidade deve observar simultaneamente o nível dos resultados e sua distribuição.

A relação entre políticas universais e ações direcionadas também merece atenção. A universalidade estabelece a titularidade comum dos direitos, enquanto ações proporcionais às necessidades podem contribuir para enfrentar barreiras específicas. Não se trata de substituir o direito universal por benefícios condicionados à pobreza, mas de reconhecer que a realização de um direito compartilhado pode exigir estratégias diferenciadas de implementação. Essa interpretação é coerente com a preocupação distributiva presente na literatura sobre determinantes sociais e atenção primária.

A experiência da pandemia reforça a necessidade de considerar fatores externos ao setor de saúde. Rocha et al. (2021) e Rasella et al. (2018), apesar de investigarem problemas e empregarem métodos distintos, permitem relacionar vulnerabilidade econômica, proteção social e resultados sanitários. O primeiro estudo examina condições associadas à preparação e à resposta à pandemia; o segundo avalia cenários hipotéticos de política econômica. O contraste entre esses desenhos impede uma síntese quantitativa direta, mas favorece a formulação de hipóteses e prioridades para políticas intersetoriais.

5.3 Tensões entre sustentabilidade financeira, ambiental e social

A sustentabilidade financeira pode ser interpretada de maneira restrita, como capacidade de manter despesas dentro de determinado limite, ou de maneira ampliada, como capacidade de preservar serviços e direitos ao longo do tempo. A segunda interpretação é mais adequada ao problema investigado, porque incorpora consequências sanitárias e distributivas de decisões orçamentárias. Isso não significa desconsiderar restrições fiscais, mas reconhecer que a avaliação de alternativas precisa incluir os efeitos de médio e longo prazo sobre a população.

A sustentabilidade ambiental introduz uma dimensão semelhante. Uma escolha que reduz despesas imediatas pode aumentar a vulnerabilidade de uma unidade de saúde a interrupções futuras; uma solução ambientalmente favorável pode exigir investimentos iniciais que competem com necessidades assistenciais urgentes. O marco operacional da OMS (2023) oferece uma referência para considerar esses problemas em conjunto, mas a escolha de medidas concretas exige avaliação das condições locais e de sua viabilidade.

A análise integrada sugere três critérios para orientar decisões públicas: adequação sanitária, justiça distributiva e continuidade socioambiental. O primeiro exige verificar se a

intervenção atende a necessidades relevantes; o segundo considera quem recebe os benefícios e suporta os custos; o terceiro examina se os resultados podem ser mantidos sem comprometer a capacidade futura de assistência. Esses critérios constituem uma síntese interpretativa deste artigo, não uma escala validada ou instrumento de mensuração produzido pelos estudos citados.

A participação social pode contribuir para tornar explícitos os conflitos entre esses critérios. Contudo, a literatura sobre mecanismos participativos recomenda cautela quanto à atribuição de resultados concretos à simples existência de espaços de deliberação. É necessário investigar a capacidade de inclusão, a qualidade das informações e a relação entre manifestações dos participantes e decisões implementadas. Nessa perspectiva, a cidadania representa simultaneamente uma finalidade do desenvolvimento e uma dimensão da governança das políticas públicas.

5.4 Lacunas e perspectivas para investigação

A heterogeneidade das fontes examinadas evidencia a necessidade de pesquisas que aproximem os componentes econômico, sanitário, político e ambiental em desenhos analíticos integrados. Estudos sobre acesso frequentemente privilegiam indicadores de utilização, enquanto análises financeiras focalizam receitas e despesas. Pesquisas futuras podem relacionar esses componentes a desfechos distributivos, considerando não apenas o volume de recursos, mas sua capacidade de reduzir necessidades não atendidas.

Outra frente consiste em aprofundar a dimensão territorial da sustentabilidade. A realidade de municípios pequenos, áreas rurais e territórios distantes dos centros especializados demanda análises que considerem condições de transporte, oferta profissional, conectividade e cooperação regional. Comparações entre territórios devem incorporar diferenças de contexto, evitando interpretar indicadores de forma desvinculada das condições de implementação das políticas.

A avaliação de políticas intersetoriais constitui igualmente uma prioridade. Investigações longitudinais e estudos quase experimentais, quando metodologicamente viáveis, podem examinar relações entre proteção social, atenção primária e resultados sanitários. Avaliações econômicas podem incorporar efeitos distributivos e custos suportados pelas famílias. Essas estratégias permitiriam avançar além da descrição de associações, embora permaneçam necessárias cautelas quanto a confundimento, qualidade dos dados e validade externa.

No campo da participação social, há espaço para investigar como propostas deliberadas nos conselhos e conferências se convertem em decisões administrativas, mudanças orçamentárias e iniciativas assistenciais. A lacuna relativa à avaliação da participação, destacada por Moura, Cárdenas e Guilhem (2026), indica a pertinência de desenvolver métodos que considerem tanto a qualidade democrática do processo quanto seus possíveis efeitos sobre a gestão. Não seria suficiente contabilizar reuniões ou participantes sem examinar as condições de influência e acompanhamento das decisões.

Por fim, estudos sobre sustentabilidade ambiental dos serviços podem analisar conjuntamente emissões, uso de recursos, segurança assistencial, custos de manutenção e capacidade de resposta a eventos climáticos. A integração dessas dimensões contribuiria para evitar avaliações que considerem apenas um tipo de impacto. Revisões sistemáticas com perguntas mais delimitadas também podem complementar a presente síntese narrativa, oferecendo maior transparência na seleção de estudos e na avaliação da certeza das evidências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permite responder à questão norteadora identificando uma relação de interdependência entre saúde, desenvolvimento econômico e exercício da cidadania. O desenvolvimento influencia as condições materiais de vida e a capacidade de financiamento das políticas públicas; a saúde amplia possibilidades de autonomia e participação; e a cidadania oferece fundamentos jurídicos e mecanismos democráticos para reivindicar direitos e acompanhar sua implementação. Essa relação é condicionada pela distribuição dos recursos e pela capacidade das instituições de transformar garantias formais em oportunidades efetivas.

No contexto brasileiro, o SUS constitui uma expressão institucional dessa interdependência. A literatura examinada evidencia avanços associados à universalização e à expansão da atenção primária, ao mesmo tempo que identifica desigualdades persistentes, fragilidades financeiras e dificuldades de participação. A superação desses desafios exige combinar financiamento adequado, gestão responsável, organização regional das redes, proteção social e fortalecimento dos mecanismos democráticos.

A sustentabilidade não deve ser reduzida ao equilíbrio financeiro ou à preservação ambiental isoladamente. Sua realização depende da articulação entre continuidade dos serviços, justiça social, capacidade produtiva, proteção dos recursos naturais e preparação para crises. As políticas econômicas devem ser avaliadas também por suas consequências

sanitárias e distributivas, assim como as políticas de saúde devem considerar sua base material e seus impactos ambientais.

Como limitações, destaca-se o caráter não exaustivo do levantamento, a seleção intencional das fontes, o acesso desigual aos textos completos, a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos e a impossibilidade de produzir estimativas agregadas. O recorte predominantemente brasileiro também limita a transferência das interpretações para sistemas com estruturas institucionais distintas. Por essas razões, as conclusões devem ser compreendidas como síntese analítica da literatura selecionada, e não como demonstração sistemática de causalidade.

Recomenda-se que pesquisas futuras investiguem a distribuição territorial dos recursos, os efeitos de políticas intersetoriais, a proteção financeira das famílias, a efetividade dos mecanismos participativos e a integração entre resiliência climática e planejamento sanitário. Conclui-se que uma sociedade mais sustentável requer políticas capazes de conciliar desenvolvimento econômico com a garantia dos direitos sociais, reconhecendo a saúde como finalidade pública e a participação cidadã como componente da governança democrática.

REFERÊNCIAS

BAETHGE, C.; GOLDBECK-WOOD, S.; MERTENS, S. SANRA – a scale for the quality assessment of narrative review articles. **Research Integrity and Peer Review**, v. 4, art. 5, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Diário Oficial da União, seção 1, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf. Acesso em: 24 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 nov. 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 (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm. Acesso em: 24 nov. 2026.

CASTRO, M. C. et al. 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: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Acesso em: 24 nov. 2026.

COUBE, M.; NIKOLOSKI, Z.; MREJEN, M.; MOSSIALOS, E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). **International Journal for Equity in Health**, v. 22, art. 25, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-023-01828-3. Acesso em: 24 nov. 2026.

GADELHA, C. A. G. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, supl. 2, e00263321, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/v5ytyHYJjj3tpZn9DYFLzWv/?lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2026.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, e1002306, 2017. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306. Acesso em: 24 nov. 2026.

MACHADO, C. V.; SILVA, G. A. e. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. **Globalization and Health**, v. 15, supl. 1, art. 77, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5. Acesso em: 24 nov. 2026.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, e000829, 2018. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829. Acesso em: 24 nov. 2026.

MOURA, A. C. A. de; CÁRDENAS, H. V. A.; GUILHEM, D. B. Participação social no Sistema Único de Saúde, suas potencialidades, desafios e perspectivas: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 5, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026315.03642024. Acesso em: 24 nov. 2026.

OCDE. **OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021**. Paris: OECD Publishing, 2021. DOI: https://doi.org/10.1787/146d0dea-en. Acesso em: 24 nov. 2026.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, e1002570, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29787574/. Acesso em: 24 nov. 2026.

ROCHA, R. et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. e782-e792, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4. Acesso em: 24 nov. 2026.

SEN, A. **Development as freedom**. Oxford: Oxford University Press, 1999. Disponível em: https://books.google.com/books?id=NQs75PEa618C. Acesso em: 24 nov. 2026.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: United Nations, 2015. Resolução A/RES/70/1. Disponível em: https://sdgs.un.org/2030agenda. Acesso em: 24 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888. Acesso em: 24 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588. Acesso em: 24 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK. **Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report**. Geneva: WHO; World Bank, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240117808/. Acesso em: 24 nov. 2026.