ReGeo ISSN: 2177-3246

A EDIÇÃO TEMÁTICA DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA SOBRE EQUIDADE: POR QUE TRATAR "OS DIFERENTES DIFERENTEMENTE" AINDA É UM PRINCÍPIO DISTANTE DA PRÁTICA DO SUS, QUASE QUATRO DÉCADAS APÓS SUA CRIAÇÃO

THE THEMATIC ISSUE OF THE JOURNAL CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA ON EQUITY: WHY TREATING "THE DIFFERENT DIFFERENTLY" REMAINS A PRINCIPLE DISTANT FROM SUS PRACTICE, ALMOST FOUR DECADES AFTER ITS CREATION

EL NÚMERO TEMÁTICO DE LA REVISTA CIENCIA & SALUD COLECTIVA SOBRE EQUIDAD: POR QUÉ TRATAR "LOS DIFERENTES DIFERENTEMENTE" SIGUE SIENDO UN PRINCIPIO ALEJADO DE LA PRÁCTICA DEL SUS, CASI CUATRO DÉCADAS DESPUÉS DE SU CREACIÓN

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-145

Data de submissão: 07/08/2026 **Data de publicação:** 21/09/2026

Vivian Alkmim de Souza Moraes
Cursando graduação em enfermagem
E-mail: vivianalkmim30@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2707582413598836

Lucas Ramos Ribeiro
Farmacêutico - Pós-graduado
E-mail: drlucasfarma07@gmail.com

Guilherme de Paula Aquino
Médico
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
E-mail: guilhermeaquinop@gmail.com

RESUMO

Em julho de 2026, a Revista Ciência & Saúde Coletiva dedicou sua edição temática, volume 31, número 7, à diversificação das políticas de saúde e aos desafios da equidade no século XXI, abrindo com a formulação que resume o princípio: o direito universal à saúde exige tratar os diferentes diferentemente, cada um conforme sua necessidade. Este artigo toma a edição como ponto de partida para responder à pergunta que ela mesma impõe: por que, quase quatro décadas depois da criação do Sistema Único de Saúde, a equidade permanece um princípio distante da prática. A investigação, qualitativa e documental, articulou o conteúdo da edição temática, o marco normativo da equidade, da Constituição à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e à Rede Alyne, os dados oficiais de desigualdade, e a literatura sobre racismo institucional e barreiras de acesso, a partir de buscas conduzidas em setembro de 2026. Os resultados organizam-se em três movimentos: o retrato em mosaico da edição, cujos estudos sobre desigualdades raciais em pessoas idosas, tuberculose indígena, óbitos maternos de imigrantes na pandemia, parentalidades LGBTI+ e mediadores indígenas mostram que a iniquidade atravessa todas as populações que se afastam do usuário padrão; a medida da distância, exemplificada pela razão de mortalidade materna de 2022, de 100,38 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre mulheres pretas contra 46,56 entre brancas, e pela incompletude do quesito raça/cor nos sistemas ambulatorial e hospitalar, que torna parte da desigualdade invisível ao próprio

sistema; e a anatomia da persistência, decomposta em cinco mecanismos, a invisibilidade estatística, o financiamento cego à necessidade, as barreiras institucionais, a fragilidade orçamentária das políticas de equidade e a fragmentação federativa. Conclui-se que a distância entre o princípio e a prática não é um resíduo a ser corrigido pelo tempo, mas o produto de escolhas alocativas e informacionais renovadas cotidianamente, e que a agenda publicada pela edição temática oferece o roteiro para revertê-las.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Sistema Único de Saúde. Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT
In July 2026, the journal Ciência & Saúde Coletiva dedicated its thematic issue, volume 31, number 7, to the diversification of health policies and the challenges of equity in the 21st century, opening with the formulation that summarizes the principle: the universal right to health requires treating the different differently, each according to their need. This article takes the issue as a starting point to answer the question it itself imposes: why, almost four decades after the creation of the Unified Health System, equity remains a principle distant from practice. The qualitative, documentary investigation articulated the content of the thematic issue, the normative framework of equity, from the Constitution to the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population and the Alyne Network, official inequality data, and the literature on institutional racism and access barriers, based on searches conducted in September 2026. The results are organized in three movements: the mosaic portrait of the issue, whose studies on racial inequalities in older people, indigenous tuberculosis, maternal deaths of immigrants in the pandemic, LGBTI+ parenting and indigenous mediators show that inequity crosses all populations that depart from the standard user; the measure of the distance, exemplified by the 2022 maternal mortality ratio of 100.38 deaths per 100,000 live births among Black women against 46.56 among white women, and by the incompleteness of the race/color field in outpatient and hospital systems, which makes part of the inequality invisible to the system itself; and the anatomy of persistence, decomposed into five mechanisms, statistical invisibility, need-blind financing, institutional barriers, the budgetary fragility of equity policies and federative fragmentation. It is concluded that the distance between principle and practice is not a residue to be corrected by time, but the product of allocative and informational choices renewed daily, and that the agenda published by the thematic issue offers the roadmap to reverse them.

Keywords: Health Equity. Unified Health System. Health Inequalities.

RESUMEN
En julio de 2026, la Revista Ciencia & Salud Colectiva dedicó su edición temática, volumen 31, número 7, a la diversificación de las políticas de salud y a los desafíos de la equidad en el siglo XXI, abriéndose con la formulación que resume el principio: el derecho universal a la salud exige tratar a los diferentes diferentemente, cada uno conforme a su necesidad. Este artículo toma la edición como punto de partida para responder a la pregunta que ella misma impone: por qué, casi cuatro décadas después de la creación del Sistema Único de Salud, la equidad permanece como un principio distante de la práctica. La investigación, cualitativa y documental, articuló el contenido de la edición temática, el marco normativo de la equidad, de la Constitución a la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra y a la Red Alyne, los datos oficiales de desigualdad, y la literatura sobre racismo institucional y barreras de acceso, a partir de búsquedas conducidas en septiembre de 2026. Los resultados se organizan en tres movimientos: el retrato en mosaico de la edición, cuyos estudios sobre desigualdades raciales en personas mayores, tuberculosis indígena, muertes maternas de inmigrantes en la pandemia, parentalidades LGBTI+ y mediadores indígenas muestran que la inequidad atraviesa todas las poblaciones que se alejan del usuario estándar; la medida de la distancia, ejemplificada por

la razón de mortalidad materna de 2022, de 100,38 muertes por 100 mil nacidos vivos entre mujeres negras contra 46,56 entre blancas, y por la incompletud de la variable raza/color en los sistemas ambulatorio y hospitalario, que hace parte de la desigualdad invisible al propio sistema; y la anatomía de la persistencia, descompuesta en cinco mecanismos, la invisibilidad estadística, el financiamiento ciego a la necesidad, las barreras institucionales, la fragilidad presupuestaria de las políticas de equidad y la fragmentación federativa. Se concluye que la distancia entre el principio y la práctica no es un residuo a ser corregido por el tiempo, sino el producto de opciones asignativas e informacionales renovadas cotidianamente, y que la agenda publicada por la edición temática ofrece la hoja de ruta para revertirlas.

Palabras clave: Equidad en Salud. Sistema Único de Salud. Desigualdades en Salud.

1 INTRODUÇÃO

Dos três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, a equidade é o único que nunca precisou ser escrito para ser exigido. A Constituição de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, e a Lei nº 8.080, de 1990, detalhou a universalidade e a integralidade; a equidade, herdeira da máxima aristotélica de tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades, consolidou-se como o princípio implícito que dá sentido aos outros dois, porque a igualdade formal de acesso, aplicada a partidas profundamente desiguais, apenas reproduz a desigualdade na porta do serviço (Brasil, 1988; 1990). A trajetória do sistema é, sob esse ângulo, paradoxal: o SUS tornou-se referência internacional de sistema universal em país desigual, com avanços documentados de cobertura e resultados, e, simultaneamente, o lugar onde as desigualdades brasileiras se medem com a precisão que só os desfechos de saúde oferecem (Paim *et al.*, 2011).

É esse paradoxo que a Revista Ciência & Saúde Coletiva, periódico da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, colocou no centro de sua edição temática de julho de 2026, volume 31, número 7, intitulada Diversificação das políticas de saúde e os desafios da equidade no século XXI, editada por Luiz Augusto Facchini e aberta com a formulação que este artigo toma por título: o direito universal à saúde exige tratar os diferentes diferentemente, cada um conforme sua necessidade (Facchini, 2026). O conjunto de estudos reunidos compõe um mosaico deliberado: desigualdades raciais nos comportamentos de saúde de pessoas idosas, a tendência da tuberculose entre indígenas brasileiros entre 2013 e 2022 e o abandono de tratamento, o excesso de óbitos maternos entre imigrantes durante a pandemia, as parentalidades LGBTI+ diante das normas de gênero das políticas públicas e o protagonismo de mediadores indígenas em saúde, ao lado de debates sobre telessaúde e vigilância digital, coexistência de agravos antigos, tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis, com os males crônicos e a violência (Facchini, 2026). O retrato é o de um sistema cuja universalidade real depende de reconhecer diferenças que ele, com frequência, nem sequer registra.

A pergunta de pesquisa que orienta o estudo é a que a própria edição impõe: por que a equidade, princípio fundante e consensual, permanece distante da prática do SUS quase quarenta anos após sua criação, e o que o conjunto de evidências reunido pela edição temática e pelos dados oficiais permite identificar como mecanismos dessa persistência? A justificativa opera em três planos. No plano científico, a edição temática oferece a oportunidade rara de sintetizar, a partir de um corpus curado pela principal revista do campo, o estado do conhecimento sobre equidade no SUS, síntese que a dispersão usual da literatura dificulta; no plano social, as distâncias em questão se medem em vidas, como a razão de mortalidade materna que mais que dobra entre mulheres pretas e brancas demonstra;

no plano institucional, o Ministério da Saúde relançou a agenda com iniciativas como a Rede Alyne, com meta explícita de redução da mortalidade materna negra, e a compreensão dos mecanismos de persistência é condição para que a nova geração de políticas não repita as anteriores (Brasil, 2023; 2024). O objetivo geral é analisar, a partir da edição temática da Ciência & Saúde Coletiva de julho de 2026, as razões da distância entre o princípio da equidade e a prática do SUS. São objetivos específicos: reconstituir o marco normativo da equidade no sistema; sistematizar o retrato produzido pela edição temática; dimensionar a distância com os dados oficiais de desigualdade e de qualidade da informação; e decompor os mecanismos institucionais da persistência, discutindo as respostas disponíveis.

2 METODOLOGIA

O estudo é qualitativo, de natureza documental e bibliográfica, com etapa de levantamento conduzida segundo o percurso da revisão integrativa, da definição da questão norteadora à busca sistematizada, à seleção por critérios explícitos e à síntese crítica das fontes (Souza; Silva; Carvalho, 2010)

As buscas foram realizadas em setembro de 2026, nas bases SciELO, PubMed, Scopus, Google Scholar e DOAJ, e nos repositórios oficiais do Ministério da Saúde, do Planalto e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, incluída a página da edição temática analisada. Os descritores utilizados, em português e inglês, foram: equidade em saúde; desigualdades em saúde; Sistema Único de Saúde; racismo institucional; populações vulnerabilizadas; políticas de equidade; health equity; health inequalities; universal health systems. As combinações empregaram os operadores AND e OR, como em equidade AND SUS, e health equity AND Brazil.

O corpus compreendeu a edição temática da Ciência & Saúde Coletiva, volume 31, número 7, de 2026, em seu editorial e artigos divulgados; o marco normativo da equidade, Constituição de 1988, Lei nº 8.080, de 1990, e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; os dados e comunicações oficiais do Ministério da Saúde sobre mortalidade materna por raça e cor e sobre a Rede Alyne; a nota técnica sobre a completude do quesito raça/cor nos sistemas de informação; e artigos revisados por pares sobre racismo institucional e barreiras de acesso de populações específicas. O recorte temporal privilegiou publicações de 2011 a 2026, admitidos marcos anteriores. Foram incluídos atos normativos vigentes, documentos oficiais, artigos revisados por pares e a produção da edição temática; foram excluídos textos opinativos sem revisão por pares e materiais sem acesso ao menos ao resumo. A extração organizou-se por eixos: marco normativo, retrato da edição, medida das desigualdades e mecanismos de persistência. Não se apresentam quantitativos de documentos triados, pois o levantamento não seguiu protocolo censitário. Registra-se, como escolha metodológica, que os

indicadores quantitativos utilizados provêm exclusivamente de fontes oficiais e de notas técnicas institucionais identificadas, com seus anos de referência declarados.

3 O PRINCÍPIO, O RETRATO E A MEDIDA DA DISTÂNCIA

3.1 EQUIDADE COMO PRINCÍPIO: DO TEXTO CONSTITUCIONAL ÀS POLÍTICAS ESPECÍFICAS

O marco normativo da equidade, sintetizado no Quadro 1, evoluiu do princípio geral às políticas nominais. A Constituição garantiu o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, e a Lei nº 8.080 fixou entre os princípios do sistema a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, base sobre a qual a doutrina e a gestão assentaram a leitura equitativa: igualdade de acesso exige desigualdade de esforço, porque as necessidades não se distribuem igualmente (Brasil, 1988; 1990). A tradução institucional veio por camadas: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009, reconheceu o racismo como determinante social de saúde e criou o compromisso formal com seu enfrentamento; políticas análogas dirigiram-se às populações do campo, LGBT+ e em situação de rua; e a geração recente retomou a agenda com iniciativas de desenho focalizado, como a Rede Alyne, lançada para reduzir em 50% a mortalidade materna de mulheres negras até 2027, meta que, ao nomear a população e o número, converte o princípio em compromisso verificável (Brasil, 2009; 2024). A literatura acompanhou o movimento com a categoria que o organiza: o racismo institucional, o funcionamento ordinário das instituições que produz resultados desiguais sem depender de intenção individual, conceito que desloca a explicação da exceção discriminatória para a rotina que trata igualmente os desiguais (Werneck, 2016).

Quadro 1. O marco da equidade no SUS: do princípio às políticas nominais

Marco	Conteúdo	Contribuição para a equidade
Constituição de 1988 (art. 196)	Saúde como direito de todos e dever do Estado; acesso universal e igualitário	Fundamento do direito; igualdade como piso, não como teto
Lei nº 8.080/1990 (art. 7º)	Igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios	Base legal da leitura equitativa da universalidade
PNSIPN (2009)	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; racismo como determinante social	Primeira política nominal de equidade racial no SUS
Políticas de equidade para populações específicas	Campo, floresta e águas; LGBT+; população em situação de rua; saúde indígena	Reconhecimento de necessidades diferenciadas por população
Rede Alyne (2024)	Meta de reduzir em 50% a mortalidade materna de mulheres negras até 2027	Equidade convertida em meta numérica e responsabilização

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (1988; 1990; 2009; 2024) e Werneck (2016).

3.2 O RETRATO EM MOSAICO DA EDIÇÃO TEMÁTICA 31(7)/2026

A força da edição temática está menos em cada estudo e mais no padrão que o conjunto revela, sistematizado no Quadro 2. Os trabalhos percorrem populações aparentemente díspares, pessoas idosas negras, indígenas com tuberculose, imigrantes no ciclo gravídico-puerperal, famílias LGBTI+, comunidades atendidas por mediadores indígenas, e encontram, em todas, a mesma estrutura: o serviço desenhado para um usuário padrão, urbano, branco, documentado, falante de português e organizado segundo a família nuclear, produz atrito crescente à medida que o usuário real se afasta desse padrão (Facchini, 2026). A tuberculose indígena, com sua tendência de década e seu abandono de tratamento, expõe a distância entre o protocolo e o território; o excesso de óbitos maternos entre imigrantes na pandemia expõe a barreira somada de idioma, documentação e medo; as parentalidades LGBTI+ expõem formulários, rotinas e normas que não preveem as famílias que já existem; e o protagonismo dos mediadores indígenas mostra, pelo avesso, o tamanho da ponte que falta quando eles não estão (Facchini, 2026). A edição confirma, com evidência curada, o que a literatura das populações específicas vem documentando: as barreiras não são episódicas nem se resumem à discriminação explícita, são estruturais, cumulativas e interseccionais, agravando-se quando marcadores se sobrepõem, como nas pessoas trans negras diante dos serviços (Gomes; Teixeira, 2025; Meneses; Costa; Moares, 2025).

Quadro 2. Eixos da edição temática da Ciência & Saúde Coletiva 31(7)/2026 e o que revelam

Eixo/estudo destacado	Achado central	O que revela sobre a equidade
Desigualdades raciais nos comportamentos de saúde de pessoas idosas	Disparidades persistem ao longo de toda a vida e chegam à velhice acumuladas	A iniquidade é longitudinal, não episódica
Tuberculose entre indígenas (2013-2022) e abandono de tratamento	Agravo do século XIX ativo em populações específicas do século XXI	Protocolos uniformes falham onde o território é diferente
Excesso de óbitos maternos entre imigrantes na pandemia	Barreiras de idioma, documentação e medo custam vidas em crises	A universalidade formal não alcança quem o sistema não vê
Parentalidades LGBTI+ e normas de gênero	Rotinas e formulários desenham famílias que excluem as existentes	A padronização administrativa é mecanismo de iniquidade
Mediadores indígenas em saúde	A ponte humana entre serviço e cultura melhora acesso e adesão	Tratar diferentemente exige capacidade instalada, não apenas norma
Telessaúde e vigilância digital	Tecnologias ampliam acesso e criam novos riscos de exclusão	Cada inovação redistribui, para melhor ou pior, a equidade

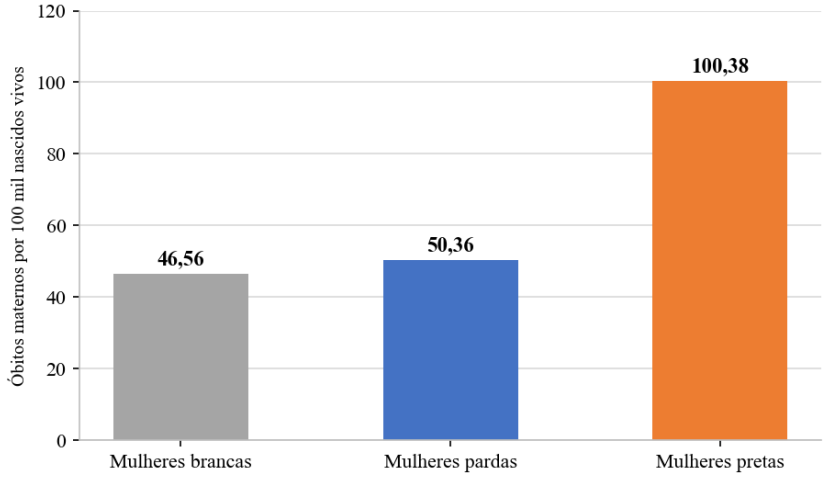
Fonte: elaboração própria com base em Facchini (2026).

3.3 A MEDIDA DA DISTÂNCIA: A MORTALIDADE MATERNA E O DADO QUE FALTA

Se um único indicador tivesse de resumir a distância entre o princípio e a prática, seria o que o Gráfico 1 apresenta: pelos dados preliminares de 2022 do Ministério da Saúde, a razão de mortalidade

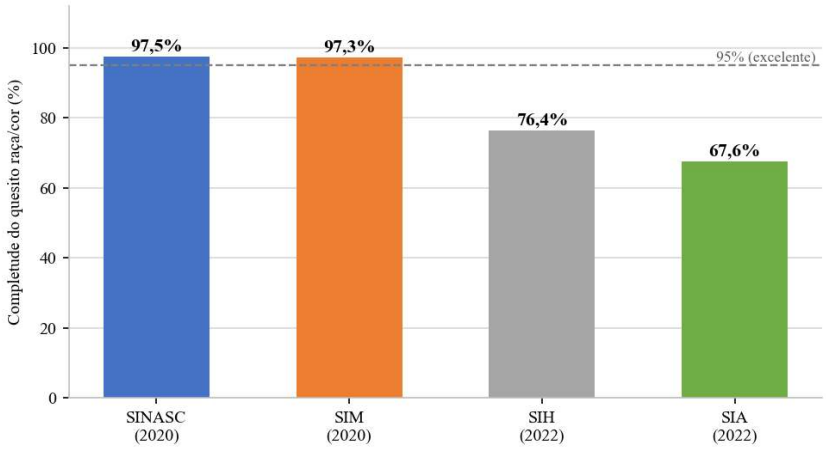
materna foi de 46,56 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre mulheres brancas, 50,36 entre pardas e 100,38 entre mulheres pretas, mais que o dobro do valor das brancas, no evento que condensa toda a linha de cuidado, do planejamento reprodutivo ao pré-natal, do parto ao puerpério (Brasil, 2023). O mesmo boletim oficial registra o elo intermediário: 70% dos pré-natais inadequados do país são de mulheres pretas e pardas, demonstração de que o desfecho desigual é precedido, passo a passo, por processo desigual (Brasil, 2023). O segundo componente da medida é epistemológico, e o Gráfico 2 o apresenta: a capacidade do sistema de enxergar a própria desigualdade depende do quesito raça/cor em seus registros, e a completude desse campo, embora excelente nos sistemas de nascidos vivos e mortalidade, com 97,5% e 97,3%, cai a 76,4% nas internações hospitalares e a 67,6% na produção ambulatorial, exatamente os sistemas que registram o processo assistencial cotidiano (Coelho *et al.*, 2023). A combinação é perversa por desenho: onde o dado falta, a desigualdade não aparece; onde não aparece, não pauta gestão nem orçamento; e o ciclo da invisibilidade se fecha alimentando a distância que este artigo examina (Coelho *et al.*, 2023; Werneck, 2016).

Gráfico 1. Razão de mortalidade materna por raça/cor, Brasil, 2022 (dados preliminares)



Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2023).

Gráfico 2. Completude do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde (%)



Fonte: elaboração própria com base em Coelho *et al.* (2023).

3.4 A ANATOMIA DA PERSISTÊNCIA: CINCO MECANISMOS

Reunidos o retrato e a medida, a pergunta do título admite resposta estruturada, que o Quadro 3 sistematiza em cinco mecanismos. O primeiro é a invisibilidade estatística: sem dado racial completo nos sistemas assistenciais, a desigualdade não é gerível, e a incompletude persistente do quesito raça/cor documentada no Gráfico 2 funciona como condição de possibilidade dos demais mecanismos (Coelho *et al.*, 2023). O segundo é o financiamento cego à necessidade: os critérios históricos de alocação, fortemente ancorados em população e produção, transferem mais para onde já há mais serviço, e não para onde há mais necessidade, invertendo na prática a lógica equitativa que o princípio exige. O terceiro é o conjunto de barreiras institucionais que a literatura nomeia racismo institucional e que a edição temática flagra em cada população: o atendimento que pressupõe documento, idioma, família e corpo padrão, e que responde ao desvio com atrito, do constrangimento à recusa velada (Werneck, 2016; Facchini, 2026). O quarto é a fragilidade das próprias políticas de equidade: nominalmente existentes desde 2009, operaram, em regra, sem orçamento vinculado, sem indicadores cobrados e sem lugar na rotina das secretarias, o que as manteve como camada declaratória sobre um sistema inercial, padrão que a Rede Alyne, com meta numérica e prazo, tenta pela primeira vez quebrar (Brasil, 2009; 2024). O quinto é a fragmentação federativa: a equidade exige redistribuição entre territórios, e a decisão redistributiva é exatamente a mais difícil num sistema de milhares de gestores autônomos, no qual cada ente defende seu teto e o mecanismo de pactuação raramente prioriza quem não está à mesa.

Quadro 3. Cinco mecanismos da persistência da iniquidade no SUS e as respostas disponíveis

Mecanismo	Como opera	Resposta disponível
Invisibilidade estatística	Quesito raça/cor incompleto nos sistemas assistenciais oculta o processo desigual	Completude obrigatória com meta e auditoria; painéis públicos por raça, território e renda
Financiamento cego à necessidade	Alocação por população e produção reforça quem já tem serviço	Critérios alocativos com peso de necessidade e vulnerabilidade
Barreiras institucionais (racismo institucional)	Rotinas desenhadas para o usuário padrão produzem atrito e afastamento	Formação das equipes, adequação de protocolos e mediação cultural
Políticas de equidade sem espinha orçamentária	Políticas nominais sem orçamento, indicador ou responsável	Metas numéricas com prazo e responsabilização, no desenho da Rede Alyne
Fragmentação federativa	Redistribuição travada pela defesa de tetos locais	Pactuação interfederativa com critérios equitativos explícitos

Fonte: elaboração própria com base em Coelho *et al.* (2023), Werneck (2016), Facchini (2026) e Brasil (2009; 2024).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro resultado é uma reinterpretação da pergunta do título. Perguntar por que a equidade permanece distante sugere um atraso, algo que o tempo, com mais recursos e maturidade, corrigiria; a análise dos cinco mecanismos indica outra coisa: a distância é produzida, e renovada diariamente, por escolhas informacionais e alocativas que operam contra o princípio mesmo quando ninguém as escolhe conscientemente. Um sistema que não registra a raça de um terço de seus atendimentos ambulatoriais, que aloca por produção e que padroniza rotinas para o usuário médio não está atrasado em relação à equidade: está estruturado contra ela, na acepção precisa do racismo institucional, resultado desigual sem necessidade de intenção (Coelho *et al.*, 2023; Werneck, 2016). A consequência prática dessa reinterpretação é liberadora: se a distância é produzida, é reversível pelos mesmos canais, dado, critério alocativo e desenho de rotina, e não depende de nenhuma transformação prévia da sociedade para começar.

O segundo resultado é o valor específico da edição temática como evidência e como método. Como evidência, o mosaico de populações demonstra que a iniquidade não é um problema setorial da saúde da população negra, ou indígena, ou LGBTI+, a ser tratado por políticas de nicho: é uma propriedade transversal do encontro entre um sistema padronizado e uma população diversa, que se manifesta em cada grupo pela barreira que lhe é própria, o idioma para a imigrante, o território para o indígena, o formulário para a família LGBTI+, o acúmulo de vida para a idosa negra (Facchini, 2026). Como método, a edição ensina que enxergar a iniquidade exige exatamente o que ela reuniu: estudos desenhados por população, com dados desagregados e escuta dos afetados, na contramão da média nacional que tudo esconde, e é significativo que suas maiores lacunas coincidam com os pontos cegos dos sistemas de informação que o Gráfico 2 expôs. O periodismo científico do campo, ao curar essa

agenda, cumpre função de política pública: pauta o que o dado administrativo ainda não consegue mostrar (Facchini, 2026; Coelho *et al.*, 2023).

O terceiro resultado projeta o teste da década, e ele tem nome e número. A Rede Alyne converteu o princípio em compromisso mensurável, reduzir em 50% a mortalidade materna de mulheres negras até 2027, e essa conversão muda o estatuto da equidade na gestão: pela primeira vez, uma política de equidade racial do SUS poderá ser julgada como se julgam as demais políticas, pelo indicador, no prazo, com responsáveis (Brasil, 2024). O Gráfico 1 fixa a linha de partida, 100,38 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e os mecanismos do Quadro 3 preveem as condições do êxito: sem completar o dado racial nos sistemas assistenciais, o progresso não será sequer aferível com precisão; sem redirecionar recursos ao pré-natal das mulheres que concentram 70% da inadequação, a meta cobrará o que o financiamento não entregou; sem tocar as rotinas que produzem a peregrinação e a dor não ouvida, o cuidado seguirá desigual dentro do mesmo serviço (Brasil, 2023; Coelho *et al.*, 2023). Se a meta for cumprida, o SUS terá demonstrado, no seu indicador mais duro, que tratar os diferentes diferentemente é uma tecnologia de gestão, não um adorno doutrinário; se não for, a próxima edição temática sobre equidade, daqui a alguns anos, reencontrará a mesma pergunta deste título, com uma década a mais no denominador.

5 LIMITAÇÕES E LACUNAS CIENTÍFICAS

Os limites deste estudo derivam do desenho e das fontes. Trata-se de análise documental construída a partir do conteúdo divulgado da edição temática, seu editorial e artigos destacados, sem revisão sistemática da íntegra de todos os trabalhos publicados no número, de modo que o Quadro 2 sintetiza o retrato curado pela própria revista, não uma metanálise independente. Os dados de mortalidade materna por raça/cor referem-se a 2022 e são preliminares, sujeitos a revisão pelas rotinas de investigação de óbitos; os dados de completude do quesito raça/cor têm anos de referência distintos por sistema, conforme identificado. A decomposição em cinco mecanismos é analítica e não hierarquiza magnitudes, o que exigiria desenho quantitativo próprio. Entre as lacunas científicas abertas estão: a avaliação de impacto da Rede Alyne sobre a razão de mortalidade materna por raça/cor, com monitoramento independente da linha de base aqui registrada; a mensuração do efeito de critérios alocativos sensíveis à necessidade sobre as desigualdades de acesso; estudos de intervenção sobre completude do quesito raça/cor nos sistemas ambulatorial e hospitalar; a replicação, para outras populações da edição temática, de indicadores-síntese comparáveis à razão de mortalidade materna; e a investigação das condições institucionais, orçamento, indicadores, responsabilização, que distinguem políticas de equidade que saem do papel daquelas que permanecem declaratórias.

6 CONCLUSÃO

A pergunta posta na introdução encontrou resposta estruturada. A equidade permanece distante da prática do SUS não por imaturidade do sistema nem por escassez de normas, o marco existe da Constituição às políticas nominais e à Rede Alyne, mas pela operação conjunta de cinco mecanismos que a análise decompôs: a invisibilidade estatística, que oculta o processo desigual nos sistemas que registram o cotidiano assistencial; o financiamento cego à necessidade; as barreiras institucionais que o conceito de racismo institucional nomeia; a fragilidade orçamentária e gerencial das políticas de equidade; e a fragmentação federativa que trava a redistribuição. A edição temática da Ciência & Saúde Coletiva de julho de 2026 forneceu a este diagnóstico o seu retrato mais atual, demonstrando, população por população, que a iniquidade é propriedade transversal do encontro entre um sistema padronizado e um país diverso, e os dados oficiais forneceram a medida, da razão de mortalidade materna duplicada entre mulheres pretas à incompletude do dado racial que impede o sistema de ver a si mesmo. Os objetivos específicos foram percorridos: o marco reconstituído, o retrato sistematizado, a distância dimensionada e os mecanismos decompostos com suas respostas.

A síntese final devolve a máxima do título ao seu sentido exigente. Tratar os diferentes diferentemente nunca foi, no SUS, uma questão de convencimento, o princípio convence há quatro décadas; é uma questão de engenharia, e engenharia se especifica: campos de raça/cor preenchidos onde hoje faltam, pesos de necessidade onde hoje há produção, rotinas redesenhadas onde hoje há padrão único, metas numéricas onde hoje há intenção, mesas de pactuação onde hoje há teto defendido. A edição temática de 2026 entregou o diagnóstico curado e a agenda implícita; a Rede Alyne entregou o primeiro compromisso aferível; e a década que vai até o cinquentenário do SUS dirá se o país converteu o princípio em tecnologia. Se converter, a mortalidade materna de uma mulher preta deixará de ser o dobro da de uma branca no mesmo sistema universal, e a frase de abertura da edição poderá, enfim, ser lida como descrição; se não converter, seguirá sendo o que é hoje: a mais precisa das autocríticas, publicada, a cada geração, pela melhor ciência que o próprio SUS ajudou a criar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morte de mães negras é duas vezes maior que a de brancas, aponta pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Alyne: Saúde reforça ações para reduzir a mortalidade materna de mulheres negras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/rede-alyne-saude-reforca-acoes-para-reduzir-a-mortalidade-materna-de-mulheres-negras.

COELHO, R.; REMÉDIOS, J.; NOBRE, V.; MREJEN, M. O quesito raça/cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude. Nota Técnica n. 30. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/nota-tecnica-30/.

FACCHINI, L. A. (ed.). Diversificação das políticas de saúde e os desafios da equidade no século XXI [edição temática]. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, 2026. Disponível em: https://cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes.

GOMES, D. de F.; TEIXEIRA, E. R. O corpo transexual: um desafio na busca identitária e reconhecimento na saúde. Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 5, p. 26736-26748, 2025. DOI: 10.56238/arev7n5-330.

MENESES, A. dos S.; COSTA, C. M. A.; MOARES, M. J. D. Vulnerabilidade racial e barreiras no acesso de pessoas transexuais a serviços de saúde: revisão integrativa. Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 8, e7655, 2025. DOI: 10.56238/arev7n8-276.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: 10.1590/s0104-129020162610.