A evidência invisível: determinantes sociais e políticas estruturais como critério de justiça sanitária*

La evidencia invisible: determinantes sociales y políticas estructurales como criterio de justicia sanitaria.

The Invisible Evidence: Social Determinants and Structural Policies as a Criterion of Health Justice.

L'evidenza invisibile: determinanti sociali e politiche strutturali come criterio di giustizia sanitária.

Juliana dos Santos Tavares [3]
Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

Andrea Sander [2]
Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

Marcelo Lamy [3]
Pós-Doutor, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

RESUMO: Contextualização: O direito à saúde no Brasil, previsto no art. 196 da Constituição Federal, pressupõe a articulação entre conhecimento científico e compromisso distributivo. A epidemiologia e os determinantes sociais da saúde (DSS) evidenciam que o adoecimento resulta de desigualdades estruturais e não apenas de riscos biológicos individuais. Contudo, a formulação e a avaliação das políticas públicas ainda se apoiam em racionalidades fragmentadas, nas quais a prova empírica e a norma jurídica caminham separadamente. **Problema:** A dissociação entre a racionalidade empírica da epidemiologia e a racionalidade dedutiva do Direito tem limitado a efetividade das políticas de saúde e a concretização do princípio da equidade. Falta um método capaz de converter evidências sociais em obrigações jurídicas mensuráveis, o que torna os DSS invisíveis no processo decisório. **Objetivos:** Analisar de que forma a integração entre evidência epidemiológica e normatividade jurídica pode servir de critério para a justiça sanitária e para a avaliação da efetividade do direito à saúde, com

---

* Esse trabalho foi apresentado originalmente no VII Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2025 na Universidade Santa Cecília (Unisanta). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

[3] Médica. Bacharel em Medicina (UNILUS). Residência em oncologia clínica. Pós-graduação lato sensu em cuidados paliativos. Mestranda em Direito da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/2508751009402814. ORCID: http://orcid.org/0009-0005-5956-5449. E-mail: julianag6@gmail.com.

[2] Médica. Bacharel em Medicina (UNIFENAS). Residência em oncologia clínica. Pós-graduação lato sensu em cuidados paliativos. Mestranda em Direito da Saúde no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0348851860271263. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-1898-9411. E-mail: deasander@gmail.com.

[3] Advogado. Bacharel em Ciências Jurídicas (UFPR). Mestre em Direito Administrativo (USP). Doutor em Direito Constitucional (PUC-SP). Pós-doutor em Políticas Públicas em Saúde (Fiocruz Brasília). Pós-doutor em Direitos Fundamentais e Acesso a Justiça (UFBA). Professor Permanente e Vice Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Direito (UNISANTA). Professor da Master of Science in Legal Studies, Emphasis in International Law (MUST University). Professor no curso Direito e no curso Relações Internacionais (UNISANTA). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq\UNISANTA "Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde". Diretor Geral do Observatório dos Direitos do Migrante (UNISANTA). Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas (UNISANTA). Professor da Faculdade de Direito (ESAMC-Santos). ORCID ID: http://orcid.org/0000-0001-8519-2280. CV: http://lattes.cnpq.br/9347562683746206. E-mail: marcelolamy@unisanta.br.

base na Constituição Federal, na Lei nº 8.080/1990 e em documentos da OMS e da CNDSS. **Métodos:** Adotou-se abordagem qualitativa e descritiva, com análise bibliográfica e documental de normas, relatórios técnicos e literatura científica nacional e internacional produzida entre 1990 e 2025, incluindo obras de Krieger, Marmot e Nunes. **Resultados:** A pesquisa identificou um hiato persistente entre evidência e juridicidade. A epidemiologia é reconhecida legalmente como princípio do SUS, mas raramente orienta decisões administrativas ou judiciais. Os DSS permanecem marginalizados, apesar de constituírem indicadores de descumprimento de deveres constitucionais. **Conclusões:** A efetividade do direito à saúde depende da convergência entre razão empírica e razão normativa. Integrar a epidemiologia à estrutura jurídica das políticas públicas é condição para transformar dados de desigualdade em parâmetros de equidade, permitindo que a evidência científica recupere seu papel ético e político como fundamento da justiça sanitária.

Palavras-chave: Direito à saúde. Determinantes sociais da saúde. Epidemiologia. Equidade em saúde. Justiça sanitária.

RESUMEN: Contextualización: *El derecho a la salud en Brasil, consagrado en el art. 196 de la Constitución Federal, exige articular el conocimiento científico con el compromiso distributivo. La epidemiología y los determinantes sociales de la salud (DSS) evidencian que la enfermedad resulta de desigualdades estructurales y no solo de riesgos biológicos individuales. Sin embargo, la formulación y evaluación de las políticas públicas aún se apoyan en racionalidades fragmentadas, donde la prueba empírica y la norma jurídica actúan de manera separada.* ***Problema:*** *La disociación entre la racionalidad empírica de la epidemiología y la racionalidad deductiva del Derecho ha limitado la efectividad de las políticas sanitarias y la concreción del principio de equidad. Falta un método capaz de traducir las evidencias sociales en obligaciones jurídicas mensurables, lo que vuelve invisibles los DSS en el proceso decisorio.* ***Objetivos:*** *Analizar cómo la integración entre la evidencia epidemiológica y la normatividad jurídica puede servir como criterio de justicia sanitaria y de evaluación de la efectividad del derecho a la salud, con base en la Constitución Federal, la Ley nº 8.080/1990 y documentos de la OMS y de la CNDSS.* ***Métodos:*** *Se adoptó un enfoque cualitativo y descriptivo, con análisis bibliográfico y documental de normas, informes técnicos y literatura científica nacional e internacional producida entre 1990 y 2025, incluyendo obras de Krieger, Marmot y Nunes.* ***Resultados:*** *Se identificó una brecha persistente entre evidencia y juridicidad. La epidemiología es reconocida legalmente como principio del SUS, pero raramente orienta decisiones administrativas o judiciales. Los DSS permanecen marginalizados, aunque constituyen indicadores de incumplimiento de deberes constitucionales.* ***Conclusiones:*** *La efectividad del derecho a la salud depende de la convergencia entre razón empírica y razón normativa. Integrar la epidemiología en la estructura jurídica de las políticas públicas es condición para transformar los datos de desigualdad en parámetros de equidad, permitiendo que la evidencia científica recupere su papel ético y político como fundamento de la justicia sanitaria.*

Palabras clave: *Derecho a la salud. Determinantes sociales de la salud. Epidemiología. Equidad en salud. Justicia sanitaria.*

ABSTRACT: Context: *The right to health in Brazil, enshrined in Article 196 of the Federal Constitution, requires the integration of scientific knowledge with distributive justice. Epidemiology and the social determinants of health (SDH) show that illness results from structural inequalities rather than merely individual biological risks. However, the design and assessment of public policies still rely on fragmented rationalities in which empirical evidence and legal norms operate separately.* ***Problem:*** *The dissociation between the empirical rationality of epidemiology and the deductive rationality of Law has limited the effectiveness of health policies and the realization of equity. A method capable of translating social evidence into measurable legal obligations is lacking, rendering SDH invisible in decision-making processes.* ***Objectives:*** *To analyze how the integration between epidemiological evidence and legal normativity can serve as a criterion for health justice and for assessing the effectiveness of the right to health, based on the Federal Constitution, Law No. 8.080/1990, and key WHO and CNDSS documents.* ***Methods:*** *A qualitative and descriptive approach was adopted, with bibliographic and documentary analysis of legal norms, technical reports, and national and international scientific literature produced between 1990 and 2025, including works by Krieger, Marmot, and Nunes.* ***Results:*** *A persistent gap between evidence and juridicity was identified. Epidemiology is legally recognized as a principle of the Brazilian Unified Health System (SUS) but rarely informs administrative or judicial decisions. SDH remain marginalized, even though they constitute indicators of non-compliance with constitutional duties.* ***Conclusions:*** *The effectiveness of the right to health depends on the convergence between empirical and normative reasoning. Integrating epidemiology into the legal framework of public policies is essential to transform data on inequality into parameters of equity, allowing scientific evidence to regain its ethical and political role as the foundation of health justice.*

Keywords: *Right to health. Social determinants of health. Epidemiology. Health equity. Health justice.*

SOMMARIO: ***Contestualizzazione:*** *Il diritto alla salute in Brasile, sancito dall'art. 196 della Costituzione Federale, richiede l'integrazione tra conoscenza scientifica e giustizia distributiva. L'epidemiologia e i determinanti sociali della salute (DSS) dimostrano che la malattia deriva da disuguaglianze strutturali e non soltanto da rischi biologici individuali. Tuttavia, la formulazione e la valutazione delle politiche pubbliche si basano ancora su razionalità frammentate, in cui la prova empirica e la norma giuridica operano separatamente.* ***Problema:*** *La dissociazione tra la razionalità empirica dell'epidemiologia e la razionalità deduttiva del Diritto ha limitato l'efficacia delle politiche sanitarie e la realizzazione del principio di equità. Manca un metodo capace di tradurre le evidenze sociali in obblighi giuridici misurabili, rendendo i DSS invisibili nei processi decisionali.* ***Obiettivi:*** *Analizzare in che modo l'integrazione tra evidenza epidemiologica e normatività giuridica possa fungere da criterio di giustizia sanitaria e di valutazione dell'effettività del diritto alla salute, sulla base della Costituzione Federale, della Legge n. 8.080/1990 e dei documenti dell'OMS e della CNDSS.* ***Metodi:*** *È stato adottato un approccio qualitativo e descrittivo, con analisi bibliografica e documentale di norme, rapporti tecnici e letteratura scientifica nazionale e internazionale prodotta tra il 1990 e il 2025, includendo le opere di Krieger, Marmot e Nunes.* ***Risultati:*** *È stata individuata una persistente frattura tra evidenza e giuridicità. L'epidemiologia è riconosciuta per legge come principio del Sistema Sanitario Unificato (SUS), ma raramente orienta le decisioni amministrative o giudiziarie. I DSS restano marginalizzati, pur costituendo indicatori di inadempimento di doveri costituzionali.* ***Conclusioni:*** *L'effettività del diritto alla salute dipende dalla convergenza tra ragione empirica e ragione normativa. Integrare l'epidemiologia nella struttura giuridica delle politiche pubbliche è condizione essenziale per trasformare i dati sulle disuguaglianze in parametri di equità, restituendo all'evidenza scientifica il suo ruolo etico e politico come fondamento della giustizia sanitaria.*

Parole chiave: *Diritto alla salute. Determinanti sociali della salute. Epidemiologia. Equità in salute. Giustizia sanitaria.*

Introdução

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196). O texto constitucional afirma expressamente que esse direito será garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Portanto, não se trata apenas de interpretação dedutiva: a vinculação entre saúde e políticas sociais está prevista de forma literal no dispositivo constitucional.

No plano internacional, a Declaração de Alma-Ata (1978), resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde convocada pela OMS e pelo UNICEF, representou um marco na concepção da saúde como direito humano fundamental e responsabilidade pública. O documento propôs a atenção primária como estratégia central para alcançar "saúde para todos até o ano 2000", articulando ações de educação, nutrição, saneamento, habitação, imunização e acesso a medicamentos essenciais. Sua ênfase na intersetorialidade e na justiça social antecipou o debate contemporâneo sobre os determinantes sociais da saúde e inspirou a agenda de equidade que se consolidaria na OMS e na CNDSS décadas depois (WHO, 1978; WHO, 2008)

No campo da saúde coletiva, consolidou-se nas últimas décadas a noção de determinantes sociais da saúde (DSS), entendidos, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2025) como o conjunto de fatores econômicos, sociais, ambientais, culturais e políticos que condicionam o processo saúde-doença e impactam de forma desigual indivíduos, grupos e territórios. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) define os DSS como as "circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, assim como o conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana" (WHO, 2009). Tais determinantes explicam a maior parte das iniquidades em saúde, isto é, desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias.

No plano internacional, a OMS criou em 2005 a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, cujo relatório final (2008) propôs três eixos de ação: melhorar as condições de vida cotidiana, enfrentar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, e monitorar desigualdades. No Brasil, a agenda foi incorporada pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esse debate levou à Declaração Política do Rio sobre DSS (2011), reafirmando a saúde em todas as políticas como estratégia de equidade.

A vinculação entre saúde e políticas sociais está prevista de forma literal no dispositivo constitucional. Embora o art. 196 não detalhe quais áreas devem compor tal atuação, a tradição sanitarista e a literatura sobre determinantes sociais da saúde indicam que esse comando constitucional abrange políticas estruturais ligadas a saneamento, alimentação, trabalho, habitação, ambiente saudável e mobilidade urbana, além de estratégias de proteção a grupos em maior vulnerabilidade social. Assim, a hermenêutica constitucional, somada ao contexto singular da Reforma Sanitária brasileira, reforça que o direito à saúde não se esgota na assistência clínica, mas depende de um projeto de sociedade orientado pela redução de desigualdades previsíveis e evitáveis.

Marco conceitual e evidências recentes indicam que os determinantes sociais se consolidaram como campo teórico e político nas últimas décadas. A Comissão da Organização Mundial da Saúde sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) sistematizou a evidência de que desigualdades em saúde são injustas e evitáveis; no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) aplica esse referencial ao contexto nacional. Autores como Michael Marmot (2010; 2015) e Nancy Krieger (2011; 2019) aprofundam a compreensão do gradiente social e da incorporação biológica das desigualdades, reforçando que políticas estruturais — como saneamento e alimentação, entre outras — produzem ganhos populacionais com melhor distribuição. Apesar disso, persiste a lacuna: essas políticas seguem subfinanciadas e secundarizadas frente às tecnologias biomédicas.

Diante dessa lacuna, este artigo sustenta a hipótese de que a evidência utilizada nas decisões sanitárias só cumpre sua promessa quando situada nos territórios e integrada às políticas sociais. O objetivo é propor um quadro de critérios de justiça sanitária para orientar prioridades e monitorar impactos distributivos, articulando referenciais de Marmot (2019; 2015) e Krieger (2011; 2019) com documentos internacionais e nacionais, como os relatórios da Organização Mundial da Saúde e da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Metodologia

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa e descritiva, com finalidade analítica das relações entre o Direito da Saúde, os determinantes sociais da saúde e a formulação de políticas públicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O objeto não envolve mensuração estatística de variáveis clínicas ou econômicas, mas a interpretação de normas jurídicas, políticas públicas e literatura científica à luz de seus condicionantes sociais, institucionais e distributivos.

A investigação adota uma estratégia bibliográfica e documental. No componente bibliográfico, foram mobilizados artigos científicos publicados em periódicos revisados por pares, relatórios técnicos de organismos internacionais e literatura de referência teórica. No componente documental, analisaram-se normas jurídicas primárias — Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080/1990, que reconheceram a saúde como direito universal e instituíram a epidemiologia como princípio estruturante do SUS. Foram também examinados relatórios internacionais, como o da

Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (2008), o da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), além de documentos recentes como o relatório da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (2019) e dados do DATASUS/Tabnet sobre mortalidade infantil (2023).

O recorte temporal estende-se de 1988 a 2024, delimitado por marcos que estruturaram a incorporação dos determinantes sociais às políticas públicas: a promulgação da Constituição de 1988; a edição da Lei 8.080/1990; a consolidação internacional da agenda de equidade pela OMS (2008); a aplicação nacional pelo relatório da CNDSS (2008); o aprofundamento setorial da discussão no relatório da IARC sobre desigualdades em câncer (2019).

A análise seguiu uma abordagem hermenêutica e interpretativa, organizada em dois eixos: (i) normativo, examinando os dispositivos constitucionais e legais que vinculam o direito à saúde a políticas sociais e econômicas; (ii) social-epidemiológico, considerando a literatura crítica sobre gradiente social, marcos ecossociais e determinantes sociais.

O delineamento foi narrativo e interpretativo, articulando fontes jurídicas, institucionais e bibliográficas em torno da questão central: como o Direito da Saúde pode incorporar os determinantes sociais como critério explícito de justiça sanitária na formulação de políticas públicas?

1 Resultados

1.1 Causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – uma análise do relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008)

O relatório final da CNDSS (2008) parte de uma premissa central: as desigualdades em saúde no Brasil não decorrem apenas de escolhas individuais ou da oferta pontual de serviços médicos, mas de condições sociais estruturais que organizam as oportunidades de viver com saúde.

Para estruturar a análise, a CNDSS adota o modelo elaborado por Göran Dahlgren e Margaret Whitehead (1991), frequentemente representado em camadas concêntricas. Esse modelo organiza os determinantes da saúde desde os fatores individuais — como idade, sexo e constituição genética — até condições intermediárias de vida e trabalho, e, por fim, os macrodeterminantes sociais, econômicos, políticos e culturais. A contribuição de Dahlgren e Whitehead foi justamente mostrar que a saúde não é produto apenas de escolhas individuais ou do acesso direto a serviços médicos, mas de uma rede de fatores estruturais que moldam as oportunidades de viver com saúde. Ao adotar esse referencial, a CNDSS insere o Brasil em uma tradição internacional que entende desigualdades em saúde como resultado de injustiças sociais passíveis de intervenção estatal.

O diagnóstico brasileiro evidencia o peso desses macrodeterminantes. Segundo o relatório da CNDSS o processo de urbanização foi extremamente acelerado e desigual, especialmente no século XX, levando a uma expansão urbana que não foi acompanhada de infraestrutura básica equivalente. Esse descompasso produziu bolsões de pobreza urbana, onde a ausência de saneamento adequado, habitação digna e serviços coletivos se traduz em maiores taxas de mortalidade infantil e prevalência de doenças infecciosas. A desigualdade de renda, por sua vez, permanece como um dos traços mais persistentes do país, configurando um gradiente claro: municípios e famílias de menor renda apresentam taxas mais elevadas de analfabetismo,

mortalidade infantil, internações por doenças evitáveis e expectativa de vida reduzida. A CNDSS também mostra que, mesmo com aumento do PIB per capita, a distribuição de renda desigual compromete os ganhos médios em saúde, e que o gasto público per capita não consegue compensar suficientemente as assimetrias federativas, perpetuando iniquidades regionais.

A educação é outro fator decisivo. Segundo o mesmo relatório, embora as taxas de analfabetismo tenham caído nas últimas décadas, permanecem fortes disparidades entre regiões e grupos sociais. A escolaridade materna, em particular, aparece como um dos determinantes mais robustos da mortalidade na infância: filhos de mães com baixa instrução apresentam taxas de óbito muito superiores, independentemente da região do país. Além disso, o nível educacional influencia diretamente a capacidade de compreender informações de saúde, de adotar práticas preventivas e de utilizar os serviços disponíveis, gerando um gradiente adicional de desigualdade.

Esses macrodeterminantes se refletem nos principais indicadores de saúde. O mesmo relatório da CNDSS em 2008, a partir de dados de 2006, registrava que a expectativa de vida ao nascer era aproximadamente cinco anos menor no Nordeste em comparação com a Região Sul. A mortalidade infantil, por sua vez, atingia 36,9 por mil nascidos vivos no Nordeste, mais que o dobro da taxa registrada no Sul (16,7 por mil).

Embora esses dados tenham mais de uma década, eles continuam ilustrando a magnitude das desigualdades regionais no Brasil. Dados recentes confirmam essa tendência. Em 2023, segundo informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS/Ministério da Saúde, a mortalidade infantil foi de 13,8 por mil nascidos vivos no Nordeste e 10,0 por mil no Sul[4]. Houve queda expressiva, mas a desigualdade relativa entre as regiões permanece, confirmando a persistência do gradiente de iniquidade identificado pela CNDSS.

Diante desse panorama, a CNDSS enfatiza três compromissos fundamentais: equidade, evidência e ação. O compromisso com a equidade parte da constatação de que tais desigualdades são sistemáticas e relevantes, mas também evitáveis e, portanto, injustas. O compromisso com a evidência expressa a necessidade de orientar decisões com base em dados consistentes, incluindo a produção de indicadores desagregados por renda, escolaridade, raça/cor e território, que permitam monitorar desigualdades ao longo do tempo. Já o compromisso com a ação reafirma que os determinantes sociais são produtos da organização humana e, por isso, podem e devem ser modificados por políticas públicas. Nesse sentido, a intersetorialidade é apresentada como condição indispensável para enfrentar as iniquidades: setores como saúde, educação, trabalho, habitação, saneamento e assistência social devem atuar de forma coordenada, superando a fragmentação que tende a reproduzir ineficiências e desigualdades.

Assim, a leitura da CNDSS confirma que as desigualdades em saúde no Brasil não são apenas reflexos de escolhas individuais, mas resultado de fatores sociais e institucionais profundamente enraizados. Ao reconhecer tais causas sociais como objeto de intervenção estatal, o relatório aproxima-se da exigência constitucional do art. 196 da Constituição Federal de 1988, segundo o qual a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas.

Esse diagnóstico nacional deve ser lido à luz da Constituição de 1988 e da Lei 8.080/1990, que vinculam a saúde a políticas sociais e econômicas, convertendo desigualdades evitáveis em problemas de juridicidade constitucional.

---

[4] A taxa foi calculada a partir dos dados brutos do SIM e do SINASC no TabNet/DATASUS (consulta de 3 out. 2025). Foram registrados 9.708 óbitos de menores de 1 ano e 703.448 nascidos vivos no Nordeste em 2023; e 3.560 óbitos de menores de 1 ano e 357.612 nascidos vivos no Sul no mesmo ano. A fórmula utilizada foi: Taxa de Mortalidade Infantil = (óbitos em menores de 1 ano ÷ nascidos vivos) × 1.000.

1.2 Equidade em saúde: princípios e agenda global da OMS

O relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, intitulado *Closing the Gap in a Generation* (OMS, 2008), ecoa e amplia o diagnóstico brasileiro ao afirmar que a injustiça social está "matando pessoas em larga escala" e que reduzir iniquidades em saúde é um imperativo ético.

A proposta global do relatório se estrutura em três princípios fundamentais. O primeiro consiste em melhorar as condições de vida diária, abrangendo desde a primeira infância e a educação até habitação, emprego justo, proteção social e sistemas de saúde universais baseados na Atenção Primária. O segundo princípio busca enfrentar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, exigindo Estados fortes e financiados, tributação progressiva, regulação de mercados e promoção da equidade de gênero e da participação social. O terceiro princípio refere-se à necessidade de medir e compreender o problema, monitorar as desigualdades e avaliar os impactos das intervenções, fortalecendo a produção e a circulação de evidências.

A Comissão da OMS enfatiza que crescimento econômico por si só não basta: sem políticas sociais adequadas e redistributivas, o desenvolvimento tende a reproduzir desigualdades. Da mesma forma, sistemas de saúde concebidos como bens de mercado acentuam a exclusão; por isso, a defesa é pela saúde como bem comum, financiada de forma justa. Ao vincular saúde a justiça social, a OMS reforça que a redução das iniquidades deve ser tratada como meta de desenvolvimento global, integrando saúde em todas as políticas.

O diagnóstico da CNDSS e as recomendações da OMS são complementares. O primeiro mostra "onde agir" no Brasil; o segundo indica "o que fazer" em escala internacional. Ambos convergem para a ideia de que as desigualdades em saúde são evitáveis e injustas, e que as corrigir é dever constitucional e compromisso ético. Essa convergência confere legitimidade nacional e internacional às propostas que orientam critérios de justiça sanitária.

No campo do Direito da Saúde, essas recomendações globais se articulam com os compromissos assumidos pelo Brasil no direito internacional dos direitos humanos, reforçando o caráter jurídico, e não apenas político, da obrigação de reduzir iniquidades."

1.3 Justiça sanitária: entre o imperativo da saúde e o direito à doença

O debate contemporâneo sobre saúde e justiça em contextos de desigualdade tem revelado um paradoxo: ao mesmo tempo em que a saúde é constitucionalmente reconhecida como direito, tende a ser reinterpretada por políticas e discursos neoliberais como responsabilidade individual. Nesse cenário, João Arriscado Nunes (2009) propõe o conceito de justiça sanitária para compreender como cidadãos e coletivos sociais reivindicam direitos por meio da luta pelo reconhecimento de suas doenças e das condições que afetam sua saúde.

De um lado, observa-se o que o autor descreve como imperativo da saúde. A saúde deixa de ser tratada como bem coletivo e passa a ser concebida como dever individual, sustentado pela lógica da prevenção e do risco. O sujeito é convocado a monitorar-se continuamente, como "empreendedor de si mesmo", responsabilizando-se por manter condutas saudáveis. Essa figura, designada como sujeito somático ou *homo medicus*, é mantida em estado de vigilância permanente, numa condição infrapatológica de "doente em suspenso". A epidemiologia convencional, centrada

na multiplicação de fatores de risco, legitima cientificamente esse enquadramento, reforçando a responsabilização individual e, em contrapartida, ofuscando os determinantes sociais da saúde.

Em direção oposta, ainda segundo Nunes (2009), emergem mobilizações sociais que reivindicam o que o autor chama de justiça sanitária. Esses movimentos se organizam em torno do reconhecimento de doenças e do direito à intervenção pública sobre elas. O paradoxo é evidente: para efetivar o direito à saúde, é preciso antes conquistar o direito à doença. Isso significa que grupos sociais têm de ver seu sofrimento definido como doença pela biomedicina para então terem acesso a cuidados, compensações e políticas públicas. Casos de condições controversas — como a síndrome da fadiga crônica — ilustram esse processo, no qual pacientes precisam lutar pelo reconhecimento médico-científico de sua condição para legitimar demandas por direitos. Essa dinâmica se intensifica em contextos de saúde ocupacional e ambiental. Trabalhadores expostos a poeiras, agentes químicos ou situações de estresse laboral crônico precisam não apenas comprovar a existência da doença, mas demonstrar o nexo causal com suas condições de trabalho. Muitas vezes, a insuficiência do modelo epidemiológico dominante para comprovar essas relações leva comunidades a recorrer à chamada epidemiologia popular, em que moradores e especialistas constroem conjuntamente dados e interpretações que fundamentam suas reivindicações.

A justiça sanitária, nesse sentido, implica também a emergência de novas formas de cidadania. Inspirando-se na noção de cidadania biológica de Petryna (2002), Nunes mostra como indivíduos precisam administrar e tornar legível seu sofrimento em linguagem biomédica para que seja reconhecido pelo Estado. Essa condição cria uma situação ambígua: a mesma medicalização que limita o direito à saúde ao reconhecimento da doença também abre caminho para a ampliação de direitos e para a politização do sofrimento.

Do ponto de vista jurídico, a contribuição da justiça sanitária é central. Ela evidencia que o direito à saúde não se realiza apenas pela garantia abstrata inscrita no texto constitucional, mas pela mediação de lutas concretas, nas quais cidadãos disputam o reconhecimento de seus sofrimentos e buscam transformar desigualdades sociais em questões de justiça. Assim, a justiça sanitária pode ser lida como categoria normativa que complementa os referenciais do gradiente social de Marmot (2010) e da teoria ecossocial de Krieger (2011; 2019): todos convergem para mostrar que desigualdades de saúde não são fatos naturais, mas produtos de escolhas políticas e de formas de organização social que podem e devem ser transformadas.

1.4 Fundamentos teóricos: gradiente social e marcos ecossociais

Os referenciais teóricos não servem apenas para qualificar a pesquisa em saúde coletiva: eles também fornecem critérios normativos que podem orientar o Direito da Saúde na formulação de políticas públicas e na interpretação judicial.

A teoria do gradiente social em saúde, desenvolvida por Michael Marmot (2010) a partir dos estudos Whitehall no Reino Unido, demonstra que os indicadores de saúde pioram sistematicamente a cada degrau da escala socioeconômica. Não se trata apenas da diferença entre ricos e pobres: em qualquer nível, quem ocupa posição inferior apresenta piores taxas de morbidade e mortalidade que o grupo imediatamente acima. Essa constatação tem implicações jurídicas diretas: se a Constituição assegura a saúde como direito universal, políticas públicas que tratem todos de maneira idêntica, sem considerar desigualdades estruturais, acabam reforçando injustiças previsíveis. Daí a formulação do princípio do universalismo proporcional no Marmot Review (2010): as políticas devem ser universais, mas com maior intensidade nos grupos em maior desvantagem.

Complementarmente, Nancy Krieger (2011) desenvolveu a teoria ecossocial, que parte da ideia de que desigualdades sociais se convertem em desigualdades de saúde. Classe, raça, gênero e território não são apenas categorias estatísticas: elas se traduzem em diferenças concretas de expectativa de vida e de risco de adoecimento. Em termos jurídicos, isso significa que a violação da igualdade material não é abstrata, mas se manifesta em corpos concretos, com maior carga de doença e menor tempo de vida para determinados grupos.

O capítulo 8 da coletânea Reducing Social Inequalities in Cancer (IARC, 2019) reforça essa perspectiva ao afirmar que não existe epidemiologia "neutra": quando não se explicita a teoria que orienta a análise, prevalece, de forma implícita, o modelo biomédico ou o modelo do estilo de vida, que individualizam a responsabilidade pelo adoecimento. Como alternativas, Krieger (2011) identifica três famílias de teorias: (i) sociopolíticas, que analisam a produção social da doença em conexão com poder, economia e política, com destaque para a tradição da medicina social latino-americana e da epidemiologia crítica (Breilh, 2008); (ii) psicossociais, que investigam como o estresse e as percepções de status social afetam a saúde; e (iii) ecossociais, que integram múltiplas escalas históricas e geográficas e responsabilizam as estruturas sociais pela produção das iniquidades em saúde.

Essas abordagens tornam visível o que antes permanecia oculto. Krieger (2011) recupera, por exemplo, o caso do aumento de 32% da mortalidade por câncer entre pessoas negras nos Estados Unidos nos anos 1970, fenômeno que permanecia invisível porque os relatórios oficiais agrupavam os dados sob a categoria genérica "não brancos". A análise teórica mostrou que a desigualdade não era natural, mas resultado de segregação racial e de desigualdades de acesso a serviços de saúde. De modo semelhante, padrões antes atribuídos a diferenças genéticas foram reinterpretados como expressão de condições sociais desiguais.

A lição central é que medir é escolher prioridades. Para o Direito da Saúde, a pergunta não deve ser apenas "o que funciona?", mas também "para quem funciona, em quais condições e com que impacto distributivo?". Políticas sociais não são acessórias ao direito à saúde: elas são a condição de sua efetivação. Como demonstraram a OMS e a CNDSS, as desigualdades em saúde são graduais e evitáveis. E, como evidenciou Krieger, as exposições que produzem adoecimento são socialmente determinadas. Ignorá-las, portanto, significa aceitar uma injustiça incompatível com o mandamento constitucional de redução das desigualdades sociais.

1.5 A Medicina Baseada em Evidências e a invisibilidade das políticas sociais

A expressão "evidência invisível", utilizada neste trabalho, remete ao contraste entre o estatuto de cientificidade atribuído à Medicina Baseada em Evidências (MBE) e a marginalidade com que as políticas sociais estruturais aparecem no debate sanitário.

A MBE, sistematizada a partir dos anos 1990 com a obra de David Sackett e a criação da Cochrane Collaboration, buscou corrigir distorções de práticas médicas fundadas em autoridade ou tradição. A proposta metodológica — organizar uma hierarquia de evidências que privilegia ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas — se tornou paradigma internacional de rigor científico, influenciando protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e políticas de incorporação tecnológica em saúde. No Brasil, sua institucionalização se consolidou com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC), pela Lei nº 12.401/2011.

Entretanto, o alcance transformador da MBE é limitado quando tomado isoladamente. Greenhalgh et al. (2014) chamam atenção para problemas de validade externa, vieses de publicação

e relevância clínica marginal de alguns resultados. Na oncologia, por exemplo, terapias de altíssimo custo são incorporadas com base em ganhos medianos de sobrevida de apenas alguns meses (IARC, 2019). No contexto do SUS, marcado por desigualdades estruturais e subfinanciamento, a transposição acrítica dessas evidências pode reforçar exclusões e ampliar o hiato entre inovação biomédica e necessidades populacionais.

A principal consequência é a invisibilidade das políticas sociais de maior impacto coletivo. Intervenções como saneamento, alimentação adequada, proteção social ou urbanismo seguro não se enquadram facilmente nos desenhos experimentais que a Medicina Baseada em Evidências (MBE) privilegia, centrados em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas.

Como observam Greenhalgh et al. (2014), a ênfase excessiva nesse tipo de delineamento levou a MBE a desconsiderar contextos complexos e a marginalizar formas de evidência não quantificáveis, como aquelas derivadas de políticas sociais e ambientais. Krieger (2011) reforça esse ponto ao demonstrar que exposições e intervenções sociais não podem ser avaliadas segundo a lógica experimental individual, pois operam por múltiplos determinantes contextuais e temporais.

O relatório *Closing the Gap in a Generation* da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) também evidencia que ações sobre determinantes sociais da saúde são mensuradas por indicadores populacionais e séries históricas, e não por experimentos controlados. Assim, a efetividade dessas políticas se comprova por estudos quase-experimentais e avaliações intersetoriais — metodologias que não ocupam o topo da pirâmide clássica da evidência, mas que expressam, de forma mais fiel, os efeitos estruturais das condições de vida sobre a saúde das populações). Como resultado, essas políticas tendem a ser subfinanciadas e secundarizadas, mesmo quando apresentam custo-efetividade superior às tecnologias biomédicas de ponta, como evidenciou a revisão sistemática publicada por Mohan (2020) no The Journal of the American Medical Association (JAMA).

Do ponto de vista jurídico, essa lacuna tensiona o próprio art. 196 da Constituição de 1988, que vincula o direito à saúde a políticas sociais e econômicas. Se a evidência reconhecida institucionalmente é restrita ao âmbito biomédico, corre-se o risco de esvaziar o comando constitucional e internacional de redução das desigualdades sociais. A Lei nº 8.080/1990, ao positivar a epidemiologia como princípio estruturante do SUS, já indicava um caminho alternativo: decisões públicas devem se orientar por métricas populacionais de equidade e não apenas por resultados clínicos isolados.

Assim, a MBE continua sendo uma conquista científica e normativa indispensável. Mas, ao privilegiar determinados tipos de ensaio, ela deixa na penumbra as políticas estruturais mais determinantes para a saúde coletiva. A "evidência invisível" que este artigo propõe resgatar é justamente essa: a que se revela não nos protocolos clínicos individuais, mas nos indicadores sociais que traduzem a possibilidade — ou a negação — de vidas saudáveis e dignas.

2 Discussão

2.1 Integração entre evidência e dimensão jurídica

A efetivação do direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição Federal depende da articulação entre dois planos complementares: o plano das evidências, que identifica desigualdades e prioridades a partir de dados epidemiológicos e sociais, e o plano jurídico, que transforma essas informações em deveres concretos do Estado. Quando esses planos se separam, a saúde tende a

ser tratada apenas como acesso individual a serviços, e não como o resultado de políticas estruturais que enfrentem as causas sociais do adoecimento.

O texto constitucional é explícito ao afirmar que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam riscos e assegurem acesso universal e igualitário. Essa formulação cria uma obrigação pública de caráter distributivo: as desigualdades sociais que impactam a saúde devem ser objeto de ação estatal organizada. Nesse ponto, a epidemiologia cumpre função essencial, pois fornece os indicadores que permitem reconhecer tais desigualdades e medir a distância entre a promessa constitucional e a realidade dos territórios.

Ao transformar esses dados em critérios de decisão, o Direito da Saúde atua como mediador entre conhecimento científico e responsabilidade pública. A Lei nº 8.080/1990, em seu art. 7º, consolidou essa conexão ao estabelecer a utilização da epidemiologia como princípio estruturante do SUS. Essa escolha legislativa indica que decisões sobre alocação de recursos, definição de prioridades e avaliação de políticas não podem basear-se apenas em interesses administrativos ou pressões econômicas, mas devem ser justificadas por evidências de necessidade e impacto coletivo.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) já havia recomendado a institucionalização dessa abordagem, defendendo que o planejamento sanitário deve incorporar indicadores de desigualdade de renda, escolaridade, raça e território. No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) propôs o mesmo princípio ao afirmar que "a injustiça social está matando pessoas em larga escala" e que reduzir iniquidades é um dever ético e político. Ambos os relatórios convergem na ideia de que a evidência deve orientar a ação do Estado, e a ação do Estado deve reduzir desigualdades evitáveis.

Do ponto de vista jurídico, isso significa que os dados epidemiológicos têm força normativa: eles não são apenas diagnósticos técnicos, mas expressam obrigações constitucionais mensuráveis. Indicadores de mortalidade infantil, expectativa de vida ou acesso ao saneamento revelam desigualdades estruturais que o Estado tem o dever de corrigir. Quando políticas públicas ou decisões judiciais desconsideram essas informações, incorrem em violação indireta do art. 196, ao restringir o direito à saúde a um problema assistencial individual.

Assim, os autores deduzem que integrar evidência e Direito significa reconhecer que os determinantes sociais da saúde são também determinantes jurídicos: eles definem o alcance real do dever estatal e servem como parâmetros de avaliação das políticas públicas. Essa integração não transforma a ciência em norma, mas assegura que a norma seja aplicada com base na realidade observável das populações. Nessa convergência, a epidemiologia e o Direito da Saúde deixam de atuar em campos paralelos e passam a constituir um mesmo compromisso: garantir que o conhecimento sobre desigualdade se converta em justiça sanitária efetiva.

2.2 Projeções jurídicas e desafios interpretativos

A partir das evidências apresentadas sobre os determinantes sociais da saúde, emerge uma tensão entre duas racionalidades que estruturam o campo sanitário brasileiro. De um lado, a racionalidade empírica e indutiva da epidemiologia, que parte da observação das desigualdades concretas — renda, educação, saneamento, habitação, território — e demonstra, com base em dados, como elas produzem gradientes de adoecimento e morte evitáveis. De outro, a racionalidade dedutiva do Direito, fundada em princípios e normas abstratas, que busca garantir o direito à saúde por meio de deveres jurídicos gerais, nem sempre informados pela complexidade social dos territórios.

A Constituição de 1988 tentou reconciliar essas duas dimensões ao prever, no art. 196, que o direito à saúde seria garantido por "políticas sociais e econômicas". Essa formulação rompe com a tradição estritamente assistencial e propõe uma racionalidade normativa que depende de informação empírica: sem dados sobre desigualdade, não há como aplicar o princípio da equidade. No entanto, observa-se, na prática institucional, um hiato persistente entre esses planos. Essa constatação decorre da própria estrutura normativa e administrativa do sistema de saúde, em que decisões de gestão e de controle — inclusive judiciais — ainda operam sob um raciocínio dedutivo clássico, isolando o caso concreto das condições sociais que o produzem. Trata-se de uma interpretação que se apoia nos fundamentos constitucionais e legais do direito à saúde (CF, 1988; Lei nº 8.080/1990) e no conceito de justiça sanitária formulado por Nunes (2009), segundo o qual as desigualdades em saúde só podem ser enfrentadas a partir de políticas estruturais.

Essa limitação não decorre apenas de omissão, mas de formas distintas de pensar a prova e a obrigação. A epidemiologia raciocina a partir da inferência populacional: identifica correlações e propõe intervenções distributivas. O Direito, por sua vez, privilegia a inferência normativa: parte de premissas abstratas — como universalidade, igualdade ou reserva do possível — e aplica-as dedutivamente aos casos. O desafio contemporâneo do Direito da Saúde é justamente articular essas duas racionalidades, criando pontes metodológicas que permitam converter evidências epidemiológicas em parâmetros jurídicos de decisão.

Embora o Judiciário brasileiro tenha consolidado parâmetros baseados em evidência biomédica — como demonstram decisões do STF sobre eficácia e segurança de medicamentos (STA 175/CE; RE 566.471/RN) —, o uso de evidências sociais permanece incipiente. Relatório do Conselho Nacional de Justiça aponta que a judicialização da saúde segue concentrada em demandas individuais, com reduzida atenção às causas estruturais do adoecimento (CNJ, 2019). Essa assimetria confirma que o sistema judicial reconhece a evidência biomédica, mas ainda não incorporou plenamente a evidência social — aquela que, como observa Krieger (2011), expressa que o risco de adoecer é socialmente produzido e distribuído.

Essa ausência de articulação revela a necessidade de um novo método de justificação jurídica da saúde: um que seja ao mesmo tempo empírico e dedutivo, capaz de traduzir os gradientes de iniquidade em deveres públicos mensuráveis. Nessa perspectiva, os determinantes sociais deixam de ser apenas um campo de diagnóstico e passam a ser um critério de justiça sanitária — ou seja, um parâmetro para avaliar se o Estado cumpre sua obrigação de reduzir desigualdades evitáveis. Trata-se, portanto, de uma mudança de racionalidade: da norma abstrata para a norma situada, informada por dados e guiada pelo princípio da equidade.

Ao final, o que se propõe não é substituir o Direito pela ciência, mas reconhecer que a efetividade do direito à saúde depende de uma interação crítica entre a razão dedutiva e a razão empírica. A epidemiologia produz o diagnóstico; o Direito estabelece o dever. Quando esses dois modos de pensar se encontram, a política pública deixa de ser apenas técnica e o Direito deixa de ser apenas forma. Essa convergência é o núcleo da justiça sanitária — o ponto em que evidência, norma e equidade passam a falar a mesma linguagem.

Conclusão

A análise empreendida confirma que o direito à saúde, tal como previsto no art. 196 da Constituição Federal, não pode ser efetivado apenas pela via assistencial ou clínica. A promessa constitucional depende da integração entre dois modos de racionalidade: o empírico, próprio da epidemiologia e das ciências da saúde coletiva, e o dedutivo, característico do raciocínio jurídico e

das políticas normativas. Quando esses planos permanecem separados, o sistema se fragmenta: o conhecimento científico não orienta a decisão pública, e o direito se converte em formalidade sem aderência à realidade social.

O estudo mostrou que as evidências sobre determinantes sociais da saúde — produzidas por organismos como a Organização Mundial da Saúde (2008) e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) — oferecem fundamentos sólidos para um modelo de justiça sanitária baseado em equidade. Esses relatórios demonstram que desigualdades evitáveis em mortalidade, morbidade e expectativa de vida resultam de condições sociais e econômicas modificáveis. No plano jurídico, isso significa que as desigualdades em saúde não são fatos neutros, mas indícios de descumprimento de deveres constitucionais.

A epidemiologia, ao ser positivada como princípio estruturante pela Lei nº 8.080/1990, oferece o elo necessário entre evidência e dever estatal. Ela transforma dados populacionais em parâmetros de decisão, permitindo que políticas de saúde sejam avaliadas não apenas por sua eficiência econômica, mas também por sua capacidade de reduzir desigualdades previsíveis. Nesse sentido, a epidemiologia confere validade social à norma jurídica, tornando o princípio da equidade uma obrigação mensurável e verificável.

As políticas sociais, nesse contexto, não são adereços do direito à saúde, mas o seu núcleo operativo. Se o gradiente social é previsível e as exposições são socialmente produzidas, toda decisão pública que ignore os determinantes sociais da saúde incorre em injustiça evitável. Assim, a integração entre a epidemiologia — compreendida como princípio jurídico orientador — e os determinantes sociais — entendidos como conteúdo material das políticas — constitui condição indispensável para converter a evidência científica em critério efetivo de justiça sanitária.

A racionalidade jurídica, por sua vez, precisa incorporar essas evidências sem perder sua função normativa. Isso implica reconhecer que a universalidade e a integralidade não se realizam de forma homogênea, mas proporcionalmente às desigualdades. A aplicação do princípio do universalismo proporcional, proposto por Michael Marmot (2010), e das teorias ecossociais de Nancy Krieger (2011; 2019), oferece instrumentos conceituais para essa tarefa: ambos demonstram que a justiça em saúde depende de intervenções graduais, direcionadas aos grupos mais vulneráveis, e sustentadas por evidências territoriais.

Mais do que incorporar tecnologias biomédicas, é necessário planejar, executar e monitorar políticas estruturais baseadas em métricas explícitas de equidade. Somente assim a evidência deixa de ser um tecnicismo restrito ao campo científico e se transforma em instrumento de cidadania e de efetivação dos direitos humanos em saúde. Trata-se de reafirmar o mandamento constitucional inscrito no artigo 196 da Constituição Federal de 1988: a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde — expressão concreta da dignidade da pessoa humana e da justiça social.

Dessa forma, o direito à saúde deve ser compreendido como um dever distributivo de natureza empírica e normativa. A efetividade constitucional não se mede apenas pela existência de políticas, mas por sua capacidade de corrigir desigualdades injustas e evitáveis. Incorporar os determinantes sociais da saúde como critério de justiça sanitária é, portanto, dar um novo significado à própria ideia de política pública: uma política que não apenas provê serviços, mas reordena a estrutura social do adoecimento.

Essa leitura também indica uma agenda futura de pesquisa. É necessário desenvolver metodologias que tornem mensurável a equidade em saúde, produzindo indicadores jurídico-sanitários capazes de avaliar se as políticas cumprem a função redistributiva que a Constituição impõe. Do mesmo modo, é preciso aproximar os campos da epidemiologia, da economia da saúde

e do direito, de modo que a avaliação de políticas públicas não se restrinja ao custo, mas inclua o impacto distributivo e ético de cada decisão.

Em síntese, a efetivação do direito à saúde no Brasil exige reconciliar razão e realidade. A epidemiologia fornece o olhar sobre as desigualdades; o Direito confere a forma jurídica da obrigação; e ambos, articulados, produzem o sentido político da justiça sanitária. Nesse encontro entre evidência e norma, o SUS se reafirma como projeto civilizatório — não apenas um sistema de assistência, mas uma promessa coletiva de equidade social e dignidade humana.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Mortalidade infantil e nascidos vivos por região – 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def. Acesso em: 3 out. 2025.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Financiamento do SUS: desafios e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2024.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Determinantes sociais da saúde (verbete). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025.

GREENHALGH, T. *et al.* Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, v. 348, g3725, 2014. DOI: 10.1136/bmj.g3725.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *Reducing Social Inequalities in Cancer: Evidence and Priorities for Research*. Lyon: IARC, 2019. Cap. 8: *Theoretical frameworks and cancer inequities* (N. Krieger).

KRIEGER, N. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. New York: Oxford University Press, 2011.

KRIEGER, N. *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. New York: Oxford University Press, 2019.

MARMOT, M. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: University College London, 2010.

MARMOT, M. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury, 2015.

MOHAN, A.; CHATTOPADHYAY, S. Cost-effectiveness of patient navigation programs for cancer care in the United States: a systematic review. *JAMA Oncology*, v. 6, n. 2, p. 241–249, 2020. DOI: 10.1001/jamaoncol.2019.5292.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1859–1869, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000600002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2009*. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Political Declaration on Social Determinants of Health: Rio de Janeiro, 2011*. Geneva: WHO, 2011.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

TAVARES, Juliana dos Santos; SANDER, Andrea; LAMY, Marcelo. A evidência invisível: determinantes sociais e políticas estruturais como critério de justiça sanitária. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 25, jan./dez. 2025), pp. 350-364. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

Recebido em 03/10/2025

Aprovado em 25/10/2025

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br