




C A P Í T U L O 8

O SUS COMO PILAR DE DIGNIDADE: A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA AS COMUNIDADES PERIFÉRICAS NO CEARÁ

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.948162501088>

Cynthia Kelly Silveira Fernandes

Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/URCA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Enfermeira efetiva na Rede Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte/CE. <http://lattes.cnpq.br/3510570058600413>

Monycke Alves Calixto de Lima

Especialista em Perícia Criminal e Ciências Forenses pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Pós-graduanda em Políticas Públicas em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Graduada em Odontologia pela Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Dentista na Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte/CE. Preceptora de Estágio Supervisionado no curso de Bacharelado em Odontologia no Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). <https://lattes.cnpq.br/0033097693385840>
<https://orcid.org/0009-0003-4180-1816>

Raul Felipe Oliveira Vêras

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). <http://lattes.cnpq.br/2690332595925668>
<https://orcid.org/0009-0009-6218-1453>

Marli Otilia dos Santos

Mestranda em Ensino em Saúde pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Especialista em Oncologia Pediátrica pelo Instituto de Educação e Cultura de Capanema (IECC). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Integração do Sertão (FIS). Enfermeira pesquisadora no grupo de pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde (PPES) do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). <http://lattes.cnpq.br/6214605539721605>
<https://orcid.org/0009-0003-6125-3677>

Cilianne Édila Leandro de Sousa

Mestranda em Ensino em Saúde pelo Centro Universitário Dr Leão Sampaio (UNILEÃO). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (ESTÁCIO/Juazeiro). Médica pesquisadora no grupo de pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde (PPES) do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO).
<http://lattes.cnpq.br/7421301624388108>
<https://orcid.org/0009-0003-6465-5524>

Francisco Renato Silva Ferreira

Mestre em Ensino em Saúde pelo Centro Universitário Dr Leão Sampaio (UNILEÃO). Professor Efetivo da Rede Municipal de Educação de Altaneira/CE. Atuando como Psicopedagogo Escolar na Secretaria Municipal de Educação de Altaneira/CE. Professor pesquisador no grupo de pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde (PPES) do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO).
<http://lattes.cnpq.br/6775378848524040>
<https://orcid.org/0000-0003-3977-0136>

Emília Suitberta de Oliveira Trigueiro

Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em saúde coletiva pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa (CINTEP). Especialista em Psicologia Escolar e Educacional pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Membro da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional- ABRAPEE. Servidora técnico administrativa do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará campus do Crato. Atua na Docência do Ensino Superior no Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Integra o quadro docente do Programa de mestrado profissional em Ensino em Saúde do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO). Avaliadora da Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia escolar, Psicologia da aprendizagem, Psicologia do desenvolvimento, Psicologia Perinatal e Saúde mental. Líder do Grupo de Pesquisa “Políticas Públicas em Educação e Saúde” (PPES).
<http://lattes.cnpq.br/9822998325539879>
<https://orcid.org/0000-0002-7649-7688>

Marlene Menezes de Souza Teixeira

Doutora em Educação e Ensino: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Graduada em Pedagogia pelo Instituto Brasileiro de Formação (UNIB). Atualmente, é professora do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), onde atua como membro do Programa e do Comitê Gestor do Mestrado Profissional em Ensino e Saúde (MePESa/ UNILEÃO), do Comitê de Ética em Pesquisa e do colegiado geral da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). É avaliadora da revista Interfaces: Saúde, Humana e Tecnologia (UNILEÃO), presidente da Liga Acadêmica Saúde Integral para a Adversidade (LASID) e líder do Grupo de Pesquisa “Políticas Públicas em Educação e Saúde” (PPES).
<http://lattes.cnpq.br/5043828704040203>
<https://orcid.org/0000-0002-1546-3257>

RESUMO: Este artigo investiga criticamente a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) nas comunidades periféricas do estado do Ceará, compreendendo-o como dispositivo central de justiça social, dignidade humana e resistência à lógica histórica da exclusão sanitária. A pesquisa, de natureza qualitativa e documental, fundamenta-se na análise de dados oficiais, relatórios públicos, marcos legais e produções acadêmicas que abordam o papel do SUS em contextos de vulnerabilidade social e territorial. Com base na literatura especializada e em indicadores regionais, o estudo evidencia que o SUS, ao se enraizar nos territórios marginalizados, atua como a principal — e por vezes única — presença efetiva do Estado, especialmente em regiões marcadas pela interseção entre pobreza, racismo estrutural e negligência institucional. São analisados os impactos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNAS), bem como os desafios estruturais enfrentados pelo sistema em sua implementação. Conclui-se que fortalecer o SUS é afirmar o direito à saúde como princípio ético e político, imprescindível à construção de um projeto democrático de sociedade que reconheça e valorize os corpos periféricos como sujeitos de direito e não como estatísticas silenciosas da desigualdade.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Periferias. Justiça social. Equidade em saúde. Ceará.

THE SUS AS A PILLAR OF DIGNITY: THE IMPORTANCE OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM FOR PERIPHERAL COMMUNITIES IN CEARÁ

ABSTRACT: This article critically examines the importance of Brazil's Unified Health System (SUS) within the peripheral communities of the state of Ceará, understanding it as a central mechanism of social justice, human dignity, and resistance against the historical logic of health exclusion. The research, of qualitative and documentary nature, is grounded in the analysis of official data, public reports, legal frameworks, and academic literature addressing the role of the SUS in socially and territorially vulnerable contexts. Drawing from specialized sources and regional indicators, the study demonstrates that the SUS, by establishing itself in marginalized territories, often becomes the primary—if not the sole—effective presence of the State, particularly in regions shaped by the intersection of poverty, structural racism, and institutional neglect. The paper explores the effects of the Family Health Strategy (FHS) and the National Policy for the Health of the Black Population (PNHPB), as well as the structural challenges confronting the system's implementation. It concludes that reinforcing the SUS is tantamount to affirming health as an ethical and political

right, essential to building a democratic society that recognizes and upholds peripheral bodies as holders of rights rather than passive statistics of inequality.

KEYWORDS: Unified Health System. Peripheries. Social justice. Health equity. Ceará.

EL SUS COMO PILAR DE LA DIGNIDAD: LA IMPORTANCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD PARA LAS COMUNIDADES PERIFÉRICAS DE CEARÁ

RESUMEN: Este artículo analiza críticamente la relevancia del Sistema Único de Salud (SUS) en las comunidades periféricas del estado de Ceará, entendiéndolo como un dispositivo fundamental de justicia social, dignidad humana y resistencia frente a la lógica histórica de exclusión sanitaria. La investigación, de carácter cualitativo y documental, se sustenta en el análisis de datos oficiales, informes públicos, marcos normativos y producciones académicas que abordan el papel del SUS en contextos marcados por vulnerabilidades sociales y territoriales. A partir de referencias teóricas especializadas y de indicadores regionales, el estudio evidencia que el SUS, al insertarse en territorios marginados, actúa como la principal —y a menudo única— presencia efectiva del Estado, especialmente en áreas atravesadas por la pobreza, el racismo estructural y el abandono institucional. Se analizan los efectos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNAS), así como los desafíos estructurales que enfrenta el sistema en su implementación. Se concluye que fortalecer el SUS es afirmar la salud como un derecho ético y político indispensable para la construcción de un proyecto democrático de sociedad que reconozca y valore los cuerpos periféricos como sujetos de derecho y no como cifras silenciadas de la desigualdad.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud. Periferias. Justicia social. Equidad en salud. Ceará.

INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto direito fundamental de todo ser humano, ocupa lugar central nas lutas históricas por dignidade, justiça social e cidadania plena no Brasil. No bojo dessas lutas, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representa não apenas uma política pública universal, mas também a materialização de um projeto de país comprometido com a equidade, a solidariedade e a inclusão. Seu surgimento, fruto da mobilização do movimento da Reforma Sanitária, demarca uma inflexão no modelo de atenção à saúde, rompendo com a lógica assistencialista e mercantil, para afirmar o cuidado como direito e dever do Estado em todas as esferas de gestão – federal, estadual e municipal.

Entretanto, a efetivação desse direito não ocorre de forma homogênea em todo o território nacional. As desigualdades sociais, raciais, econômicas e territoriais incidem de maneira profunda sobre a capacidade de acesso, permanência e resolutividade dos serviços de saúde ofertados. Nesse contexto, as comunidades periféricas do estado do Ceará – urbanas e rurais – figuram como territórios de resistência, nos quais a presença do SUS se faz imprescindível para a garantia da vida e da dignidade. Esses espaços, historicamente marginalizados pelas dinâmicas de desenvolvimento e pelo planejamento urbano excludente, são marcados por altas taxas de vulnerabilidade social, carência de infraestrutura básica, ausência de políticas integradas e baixo acesso à saúde especializada.

Como sustenta Noronha (2022, p. 118),

“nas bordas do Estado, onde a precariedade se impõe como norma, o SUS frequentemente representa a única presença institucional com capacidade concreta de promover direitos.”

É no cotidiano dessas comunidades que o SUS revela sua face mais humana: por meio da atuação dos agentes comunitários de saúde, das equipes de saúde da família, dos mutirões de vacinação, das visitas domiciliares, das ações de educação em saúde e do acolhimento em unidades básicas. A presença do sistema em bairros periféricos como Bom Jardim, Genibaú, Pirambu (em Fortaleza); João Cabral, Frei Damião, Triângulo (em Juazeiro do Norte); e em localidades interioranas como Canindé, Itapipoca e Crato, é testemunho vivo de sua relevância enquanto mecanismo de resistência e cuidado coletivo.

A escolha do estado do Ceará como locus desta análise não se dá por acaso. A região tem se destacado no cenário nacional pela ampliação da cobertura da atenção básica, pelo fortalecimento das estratégias de regionalização e pelo protagonismo das redes de cuidado, mesmo diante das adversidades provocadas por políticas de austeridade e pela tentativa de desmonte das políticas públicas. Conforme dados da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA, 2024), mais de 92% da população cearense encontra-se coberta por equipes de Saúde da Família, percentual superior à média nacional, o que reforça a importância da análise crítica sobre sua eficácia e os desafios que persistem.

A realidade das periferias, no entanto, exige um olhar que ultrapasse os dados quantitativos. Como nos alerta Minayo (2021), é fundamental considerar os determinantes sociais da saúde – como moradia, trabalho, educação, saneamento, transporte e segurança – para compreender os limites e as potências da política pública. Nessa perspectiva, o SUS não pode ser analisado apenas como estrutura de atendimento médico-hospitalar, mas sim como campo de disputas, lugar de produção de vínculos, saberes e afetos, e ferramenta concreta de enfrentamento das desigualdades.

O presente artigo, portanto, propõe-se a investigar de forma crítica e aprofundada a importância do SUS para as comunidades periféricas no estado do Ceará, buscando compreender como o sistema atua como pilar de sustentação da vida em contextos de invisibilidade social. A pesquisa parte da abordagem qualitativa e documental, com base em autores-chave da saúde coletiva, relatórios oficiais e dados empíricos regionais. A análise será conduzida à luz de três eixos principais: a presença territorial do SUS nas periferias; os impactos de seus programas estratégicos na vida cotidiana das populações vulnerabilizadas; e os desafios persistentes para sua consolidação como política de justiça social.

Defender o SUS, sobretudo nos territórios de maior vulnerabilidade, não é apenas uma escolha técnica ou administrativa – é um gesto político, ético e civilizatório. Em tempos de crise sanitária, econômica e democrática, afirmar a centralidade do SUS é também afirmar que nenhuma vida é descartável, e que as periferias não devem ser tratadas como fronteiras do cuidado, mas como territórios legítimos de direito.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Saúde como Direito e a Criação do SUS

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil constituiu uma das mais expressivas conquistas democráticas da sociedade civil organizada, resultante de intensas mobilizações sociais, sindicais, acadêmicas e populares que marcaram o período da redemocratização nacional. O reconhecimento da saúde como direito universal e dever inalienável do Estado brasileiro representou um marco civilizatório, rompendo com a concepção restrita e mercantilizada do cuidado em saúde que prevalecia nas décadas anteriores.

Historicamente, o acesso aos serviços de saúde no país esteve condicionado à capacidade contributiva dos indivíduos ao sistema previdenciário, criando um cenário de exclusão que penalizava, sobretudo, as populações mais pobres, negras, indígenas e periféricas. A emergência do SUS, consagrada nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, inaugurou um novo paradigma, ao inscrever a saúde como direito de todos e dever do Estado, embasando-se nos princípios da universalidade do acesso, da integralidade das ações e serviços e da equidade na atenção à diversidade das necessidades humanas.

Como bem observa Paim (2019, p. 46), a concepção ampliada de saúde, defendida pelos arquitetos da Reforma Sanitária brasileira, transcende o modelo biomédico e verticalizado, reconhecendo os determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais como fatores fundamentais para a produção da saúde e da doença:

“A saúde não pode ser reduzida à ausência de enfermidades ou ao funcionamento do corpo humano segundo padrões clínicos. Ela é expressão concreta da qualidade das relações sociais, das condições de vida e das oportunidades de realização da existência com dignidade.”

Essa perspectiva fundamenta o caráter universal e redistributivo do SUS, que se apresenta como uma política pública de base solidária, orientada não apenas à prestação de serviços médicos, mas à promoção da vida em sua integralidade. Sua criação foi precedida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que, ao reunir milhares de delegados e delegadas de todo o país, definiu as bases filosóficas, técnicas e operacionais do novo sistema, cuja principal premissa era: “saúde é democracia”.

É relevante destacar que a criação do SUS não se deu por concessão do Estado, mas como resultado de pressões coletivas de atores sociais organizados. Conforme assevera Teixeira (2020, p. 89), o SUS “foi fruto de disputas e de resistência frente a interesses que sempre lucraram com a lógica privada da saúde, e seu nascimento está entrelaçado ao próprio processo de redemocratização brasileira”.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), complementada pela Lei nº 8.142/1990, regulamentou os princípios constitucionais e estabeleceu as diretrizes para a organização e funcionamento do SUS, garantindo a participação popular, a descentralização administrativa e a regionalização da atenção. Essa arquitetura normativa buscou romper com o modelo autoritário e fragmentado de políticas públicas, instituindo espaços de controle social como os conselhos e conferências de saúde.

Outro aspecto fundamental é o conceito de equidade, que se distingue da mera igualdade formal. Enquanto a igualdade pressupõe tratamento homogêneo, a equidade reconhece as desigualdades estruturais e propõe ações compensatórias que atendam às especificidades de grupos historicamente oprimidos. Nesse sentido, o SUS assume um papel reparador, contribuindo para mitigar os efeitos perversos das iniquidades sociais.

Como salienta Santos (2022, p. 71), o SUS é um “projeto ético e político de sociedade que aposta na radicalização da cidadania, sobretudo para os sujeitos cujas existências foram historicamente negadas, silenciadas ou tornadas invisíveis pelas estruturas de dominação”.

Dessa forma, compreende-se que o SUS não é apenas uma política setorial ou um sistema de atendimento: ele é, antes de tudo, uma aposta na dignidade humana, uma mediação institucional entre o ideal constitucional e a vida concreta nas comunidades, sobretudo aquelas que mais padecem com a ausência histórica do Estado. Sua consolidação, portanto, exige não apenas financiamento adequado e gestão qualificada, mas também o compromisso contínuo com os princípios que lhe deram origem – e que continuam sendo contestados por projetos de desmonte neoliberal.

A criação do SUS deve ser lida, assim, como um dos capítulos mais eloquentes da luta popular por justiça social no Brasil, sendo particularmente essencial para as regiões historicamente vulnerabilizadas, como as periferias urbanas e os interiores empobrecidos do estado do Ceará, foco da presente investigação.

As Periferias Cearenses: Desigualdades Históricas

A compreensão do papel desempenhado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas comunidades periféricas do Ceará exige, preliminarmente, uma análise detida das desigualdades que historicamente conformam esses territórios. As periferias cearenses, tanto urbanas quanto rurais, são fruto de um processo desigual de ocupação do espaço, marcado pela concentração de riquezas, pela negação sistemática de direitos e pela persistente ausência do poder público em suas múltiplas esferas de atuação. Esses espaços, forjados nas interseções entre pobreza, racialização e precariedade urbana, constituem, na verdade, zonas de resistência e reinvenção da vida, ainda que profundamente vulnerabilizadas pelos legados da exclusão estrutural.

O conceito de periferia, aqui adotado, ultrapassa os limites geográficos ou cartográficos, assumindo uma dimensão político-social. Trata-se de territórios onde a cidadania é frequentemente fragmentada, onde o acesso a serviços essenciais – como saúde, educação, saneamento e mobilidade – é precário, intermitente ou simplesmente inexistente. Conforme aponta Oliveira (2021, p. 93), as periferias não são apenas o “lado de fora” das cidades, mas sim:

“a expressão visível das estruturas de desigualdade que sustentam a urbanização brasileira, reproduzindo um padrão de segregação que opera pela distância do direito e pela proximidade do abandono.”

No estado do Ceará, essas dinâmicas são particularmente intensas. A capital Fortaleza, por exemplo, apresenta um dos maiores índices de segregação socioespacial do país. De acordo com o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE, 2023), os bairros com maior vulnerabilidade social, como Bom Jardim, Barroso, Genibaú, Ancuri e Siqueira, concentram elevados índices de pobreza, informalidade no trabalho, baixa escolaridade e violência letal, além de apresentarem significativa carência de serviços públicos qualificados. Tais características também se reproduzem nas cidades do interior, como Juazeiro do Norte, Crato, Maracanaú, Itapipoca, Canindé e Quixadá, onde áreas periféricas urbanas e zonas rurais isoladas compartilham a invisibilidade política e a negligência estatal.

As populações que habitam essas localidades, em sua maioria negras, indígenas, quilombolas ou migrantes do sertão profundo, enfrentam barreiras múltiplas no acesso à saúde, tanto pela distância física das unidades de atendimento quanto pelas barreiras simbólicas e institucionais, como o racismo estrutural, o capacitismo e a negligência com saberes populares. Nesse cenário, a presença do SUS representa, muitas vezes, a única manifestação concreta do Estado em territórios submetidos à histórica desassistência.

Como enfatiza Ribeiro (2022, p. 144), a relação entre saúde e território não pode ser reduzida à mera distribuição de unidades físicas, mas deve ser analisada a partir da lógica das redes de cuidado e do reconhecimento da potência comunitária:

“A saúde, quando territorializada de maneira crítica, transforma-se em uma prática de escuta, vínculo e compromisso com a vida que pulsa nas margens. O SUS, ao adentrar esses territórios, precisa se fazer mais que estrutura: precisa ser afeto, política e ética.”

O fenômeno da periferização no Ceará também é atravessado pelas múltiplas formas de violência – institucional, policial, de gênero, patrimonial – que atingem de forma brutal as juventudes negras e pobres. Essas violências não são alheias à saúde: adoecem, silenciam e produzem sofrimento psíquico e social. A precarização da moradia, a insegurança alimentar, o saneamento deficitário, a exposição a agentes poluentes e a informalidade nas relações de trabalho são fatores determinantes da saúde que, frequentemente, escapam às estatísticas biomédicas, mas gritam em cada viela, beco ou assentamento.

É nesse contexto de desigualdades persistentes que se faz necessário compreender o papel estratégico do SUS. Mais do que ofertar serviços pontuais, o sistema precisa consolidar-se como um agente de transformação territorial, investindo em estratégias de atenção primária com base comunitária, fortalecimento das redes de apoio social, escuta qualificada das demandas locais e articulação intersetorial com educação, cultura e assistência.

Ao reconhecer as periferias como espaços legítimos de vida e não como “zonas de risco” ou “focos de problema”, a política pública de saúde resgata o seu caráter democrático e constitucional. Isso implica, necessariamente, o enfrentamento de estruturas que naturalizam a desigualdade, reafirmando o SUS como um projeto político de reparação histórica.

Dessa forma, as periferias cearenses não podem ser compreendidas apenas como destinatárias passivas de políticas públicas, mas como espaços que produzem saberes, resistência e formas próprias de cuidado. Como salienta Rocha (2023, p. 61):

“A periferia não é um deserto de políticas, mas um campo fértil de práticas insurgentes, onde o SUS encontra sua face mais radicalmente popular.”

Ao iluminar essas dinâmicas, este estudo busca contribuir para a valorização da territorialização como categoria analítica indispensável à compreensão dos desafios e potências da saúde pública no Ceará, sobretudo quando se trata da população que habita as margens – não apenas geográficas, mas simbólicas – do Estado.

SUS e Justiça Social: A Interface com as Comunidades Vulnerabilizadas

O Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser compreendido apenas como uma estrutura técnico-administrativa voltada à prestação de serviços médicos. Mais do que um sistema público de atendimento, o SUS configura-se como expressão material de um projeto ético de sociedade, fundado no princípio da justiça social e na defesa intransigente da dignidade humana. Em sua essência, ele atua como contracorrente histórica à lógica excludente do Estado neoliberal, reafirmando o direito à saúde como instrumento de emancipação dos sujeitos e de enfrentamento das iniquidades sociais.

A universalidade do SUS, embora garantida constitucionalmente, encontra limites concretos nos atravessamentos das desigualdades de classe, raça, gênero e território. Tais desigualdades não apenas dificultam o acesso ao sistema, como também modulam a qualidade da atenção prestada, tornando urgente a reafirmação do princípio da equidade como pilar estruturante da política pública de saúde.

Como assinala Castro (2021, p. 157),

“O SUS é, antes de tudo, um campo de lutas. Não apenas pela sua manutenção, mas pela radicalidade de sua proposta: tratar desiguais de forma desigual, reconhecendo nas múltiplas vulnerabilidades sociais o ponto de partida para um cuidado justo e sensível.”

Nas comunidades vulnerabilizadas – sejam elas periferias urbanas, territórios quilombolas, comunidades indígenas, populações ribeirinhas ou zonas rurais isoladas –, o SUS representa a única presença institucional contínua do Estado. É por meio das unidades básicas de saúde, dos agentes comunitários, das equipes multiprofissionais e das ações de promoção e prevenção que se concretiza, ainda que parcialmente, a ideia de saúde como bem comum e direito universal.

O cuidado em saúde, nesses territórios, não pode ser dissociado da escuta, do afeto, da territorialização e da articulação com os saberes populares. O agente comunitário de saúde, por exemplo, desempenha papel que ultrapassa o técnico: ele media relações, traduz políticas, acolhe angústias, articula redes e denuncia ausências. Sua atuação se ancora no vínculo, e é exatamente aí que o SUS se reinventa, encontrando nas margens o centro de sua potência transformadora.

A interface entre o SUS e as comunidades vulnerabilizadas revela, portanto, a face mais política da política de saúde. O cuidado, nesse contexto, não é neutro nem universalizado: ele precisa reconhecer as singularidades culturais, históricas e econômicas que marcam os modos de adoecer e curar em cada território. Como sublinha Lopes (2022, p. 88),

“Cuidar nas margens é um gesto insurgente: significa reconhecer a potência do território, valorizar os saberes que resistem e atuar contra os silêncios impostos pela colonialidade do poder sobre os corpos e suas histórias.”

Ao mesmo tempo, o SUS tem sido pressionado por uma série de entraves que comprometem sua atuação nos territórios de maior vulnerabilidade social. O subfinanciamento crônico, a precarização dos vínculos laborais, a desvalorização dos profissionais da saúde e a burocratização excessiva dos processos são elementos que, somados, enfraquecem a capacidade do sistema de responder de forma sensível e eficiente às demandas específicas desses contextos. Tais obstáculos, se não enfrentados com coragem política e compromisso ético, tendem a reproduzir dentro do próprio SUS as desigualdades que ele se propôs a combater.

Entretanto, é também nas bordas que se articulam as práticas mais criativas e insurgentes do SUS. Iniciativas de educação popular em saúde, rodas de conversa sobre autocuidado, mutirões de atendimento, articulações com lideranças religiosas e movimentos sociais, entre tantas outras ações, demonstram que há uma vitalidade pulsante nos espaços considerados “periféricos”. São nesses territórios que o SUS se torna, de fato, instrumento de reconstrução do tecido social dilacerado por séculos de exclusão.

Defender o SUS como instrumento de justiça social significa, portanto, fortalecê-lo como uma política de reparação histórica, capaz de reconhecer que a vulnerabilidade não é sinônimo de fragilidade, mas expressão de um contexto onde o cuidado precisa ser radicalmente comprometido com a escuta, a alteridade e a dignidade. Significa também rechaçar as tentativas de mercantilização da saúde e de esvaziamento do Estado como agente garantidor de direitos.

Como nos alerta Cecílio (2023, p. 103),

“A construção de um SUS verdadeiramente público, universal e equânime passa pela capacidade de escutar os gritos das margens, de incluir as epistemologias periféricas no centro das decisões e de reencantar o cuidado como prática política de amor e justiça.”

Diante disso, a relação entre o SUS e as comunidades vulnerabilizadas do Ceará deve ser compreendida não como um favor do Estado às populações periféricas, mas como o exercício pleno de um direito conquistado por lutas históricas. O SUS, nesses territórios, é o que impede que a vida se perca no esquecimento, é o que possibilita que o nascer, o adoecer e o morrer sejam acompanhados por cuidado, respeito e humanidade.

METODOLOGIA

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e documental, com forte ênfase na análise crítica de conteúdo e na articulação entre dados empíricos secundários, legislações vigentes, documentos oficiais e produções acadêmicas que versam sobre a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) em contextos de vulnerabilidade social, especialmente nas comunidades periféricas do estado do Ceará. A escolha por essa abordagem metodológica fundamenta-se na necessidade de compreender os significados, contradições, limites e potências que atravessam a presença e o funcionamento do SUS nos territórios historicamente excluídos da centralidade das políticas públicas.

A metodologia qualitativa, conforme definido por Minayo (2022, p. 34), é especialmente adequada “quando se busca captar os sentidos atribuídos pelos sujeitos e pelos contextos às experiências sociais, valorizando a complexidade dos fenômenos humanos em seus aspectos históricos, simbólicos, culturais e institucionais”. A partir dessa orientação epistemológica, optou-se por uma análise que valoriza a dimensão territorial da saúde pública, reconhecendo que o cuidado em saúde não se restringe ao atendimento clínico, mas se articula às condições concretas de existência, como moradia, trabalho, alimentação, saneamento e acesso à informação.

A pesquisa baseou-se em fontes secundárias, selecionadas por sua relevância científica e institucional, incluindo relatórios da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), documentos do Ministério da Saúde, atas das Conferências de Saúde, além de artigos científicos indexados em periódicos de reconhecida credibilidade acadêmica. A escolha criteriosa das fontes respeitou os princípios da atualidade, da legitimidade e da pertinência teórica ao objeto investigado.

Foram utilizados também indicadores socioeconômicos e sanitários oriundos do DATASUS, do IBGE e da PNAD Contínua, com o intuito de caracterizar o perfil das comunidades periféricas no Ceará e evidenciar as desigualdades estruturais que atravessam o acesso à saúde. Esses dados, ao serem triangulados com as reflexões teóricas e os registros oficiais, permitiram uma leitura densa e crítica do SUS enquanto política de justiça social em contextos de vulnerabilidade.

A análise documental foi conduzida à luz do método hermenêutico-dialético, que, segundo Severino (2023), permite interpretar os textos e contextos com base na historicidade das estruturas sociais, valorizando os conflitos, as mediações e as disputas simbólicas que se dão no interior das políticas públicas. Essa abordagem possibilitou não apenas identificar os elementos formais dos documentos, mas, sobretudo, interpretar os sentidos políticos que atravessam os discursos institucionais e as práticas sanitárias nos territórios estudados.

Importa destacar que, embora esta pesquisa não se constitua em um estudo empírico com trabalho de campo, sua dimensão qualitativa está fortemente ancorada em uma leitura territorializada, crítica e comprometida com os sujeitos históricos que habitam as margens do sistema. Trata-se de uma metodologia engajada, em consonância com a perspectiva freireana de pesquisa que não apenas analisa a realidade, mas visa transformá-la por meio da produção de conhecimento socialmente implicado.

Como aponta Santos (2022, p. 91),

“Fazer ciência em contextos de exclusão exige mais do que rigor técnico: exige sensibilidade ética, responsabilidade social e a coragem de posicionar-se ao lado daqueles cujas vozes foram silenciadas pela história.”

Portanto, a metodologia adotada neste estudo não se limita à formalidade acadêmica, mas constitui-se como ferramenta crítica de escuta e de visibilização dos processos que atravessam o SUS em sua interface com as comunidades periféricas cearenses, reconhecendo nesse campo de análise uma disputa viva entre projetos de sociedade antagônicos: o da mercantilização da vida e o da radicalização do direito.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O SUS como Presença Pública nas Quebradas

A experiência cotidiana das populações residentes nas periferias urbanas e nas zonas rurais empobrecidas do Ceará evidencia um paradoxo: enquanto múltiplas esferas do Estado se mantêm distantes, ausentes ou seletivamente presentes – como a segurança, a cultura, o transporte e a assistência social –, o Sistema Único de Saúde constitui-se, em muitos desses territórios, como a única manifestação concreta, contínua e minimamente estruturada da ação pública. Assim, o SUS não é apenas um dispositivo institucional; é, antes de tudo, um elo entre o direito e a realidade, entre o princípio constitucional da universalidade e a materialidade de vidas cotidianamente negligenciadas.

Nas comunidades periféricas, o posto de saúde, muitas vezes precário e subdimensionado, assume um papel simbólico que transcende sua funcionalidade médica. Ele torna-se ponto de referência territorial, lugar de encontro comunitário, espaço de escuta e, sobretudo, abrigo contra a invisibilidade. Como revela estudo realizado por Lima et al. (2023) em bairros da periferia de Fortaleza, como Bom Jardim, Granja Lisboa e Conjunto Palmeiras, a unidade básica de saúde (UBS) é percebida pela população como “porta de entrada não apenas para o sistema de saúde, mas também para o reconhecimento enquanto sujeito de direitos”.

A presença do SUS nesses territórios também se manifesta por meio da atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), cuja função ultrapassa a dimensão técnica e assume contornos afetivos, políticos e educativos. São esses profissionais que, em visitas domiciliares, campanhas itinerantes, rodas de conversa ou simples conversas de calçada, constroem vínculos e tecem redes de cuidado. Como sustenta Ayres (2021, p. 73),

“o cuidado em saúde não começa no consultório, mas no território, no reconhecimento dos corpos e das histórias, na construção de confiança entre quem cuida e quem é cuidado.”

Nas chamadas “quebradas” – expressão popular que designa os espaços periféricos marginalizados pelas políticas urbanas – o SUS também atua como mediador de conflitos, articulador de políticas intersetoriais e promotor de cidadania. A partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), o sistema busca implementar um modelo de atenção territorializado, integral e centrado nas singularidades dos sujeitos, respeitando suas culturas, religiões, saberes e modos de viver. A cobertura da ESF no Ceará é superior a 90%, conforme dados da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA, 2024), o que posiciona o estado como referência nacional em atenção primária.

Contudo, é necessário reconhecer que essa presença não é homogênea nem suficiente. O território periférico, marcado por ocupações irregulares, favelização, ausência de saneamento, precarização das moradias e violência armada, impõe limites materiais e simbólicos à ação do SUS. Há dificuldades de acesso físico às unidades de saúde, insuficiência de equipes multiprofissionais, descontinuidade de serviços especializados e, por vezes, atitudes discriminatórias por parte de servidores despreparados para lidar com as complexidades das vulnerabilidades sociais.

Além disso, a lógica do financiamento federal, calcada em repasses per capita e parâmetros populacionais fixos, muitas vezes não contempla as demandas ampliadas das periferias, onde o adoecimento é multifatorial e onde os agravos em saúde pública não se limitam ao corpo biológico, mas envolvem sofrimento psíquico, insegurança alimentar, violência doméstica, dependência química e ausência de suporte emocional.

Nesse sentido, é fundamental destacar que a presença do SUS nas quebradas não deve ser lida como favor do Estado, mas como o exercício mínimo do direito à saúde. Como destaca Benevides (2022, p. 101),

“a presença do SUS em territórios vulnerabilizados é, por um lado, sinal de resistência institucional; por outro, evidencia os vazios deixados por outras políticas públicas. Onde o SUS é o único que chega, há também um silêncio eloquente das demais dimensões do Estado.”

A análise realizada neste estudo, a partir de dados do IPECE (2023) e observações extraídas de relatórios técnicos e diagnósticos locais, aponta que a efetividade da presença do SUS nas periferias depende da capacidade de atuação das equipes de saúde em parceria com lideranças comunitárias, movimentos sociais, igrejas, escolas e coletivos de base. Essa articulação, quando fortalecida, potencializa a ação do SUS como ferramenta de transformação social.

Por fim, é preciso afirmar que o SUS nas quebradas não é apenas estrutura estatal. Ele é também subjetividade coletiva, resistência organizada e território de cuidado. É onde o direito à saúde se reinventa por meio do afeto, da solidariedade e da escuta ativa. Defender sua presença nesses espaços é lutar pela democratização do cuidado e pela interrupção dos ciclos históricos de desamparo.

Programas Estratégicos: Saúde da Família e PNAS na Luta Contra a Desigualdade

A luta contra as desigualdades sociais, econômicas, territoriais e raciais no campo da saúde pública exige políticas estruturantes que ultrapassem os limites da assistência médica e se consolidem como instrumentos de transformação social. Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNAS) constituem dois programas estratégicos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nas realidades periféricas do Ceará, onde o acesso aos direitos é historicamente precarizado e fragmentado.

A Estratégia Saúde da Família, implementada nacionalmente na década de 1990, representa um modelo de atenção primária à saúde voltado à territorialização do cuidado, à promoção da saúde e à reorganização da lógica assistencial. Diferentemente do modelo hospitalocêntrico e centrado na doença, a ESF propõe uma aproximação efetiva entre os profissionais de saúde e a comunidade, estabelecendo vínculos duradouros, escuta ativa e acompanhamento contínuo das famílias cadastradas. No Ceará, esse modelo ganhou robustez e amplitude, tornando-se referência nacional: segundo dados da Secretaria da Saúde do Estado (SESA, 2024), mais de 92% da população cearense está coberta por equipes de saúde da família, índice consideravelmente superior à média nacional.

Como assinala Mendes (2023, p. 49),

“a Saúde da Família, ao estabelecer relações cotidianas com os territórios e reconhecer as singularidades dos sujeitos, fortalece uma lógica de cuidado que se pauta pela proximidade, pela integralidade e pelo compromisso ético com a dignidade das populações historicamente invisibilizadas.”

Essa lógica é particularmente relevante nas comunidades periféricas urbanas e nas áreas rurais isoladas, onde a presença do Estado é muitas vezes representada unicamente pela equipe de saúde local. O agente comunitário de saúde, nesse contexto, transcende sua função técnica e assume o papel de articulador entre a rede institucional e os modos populares de viver e resistir. Suas ações envolvem não apenas visitas domiciliares e registros de prontuário, mas, sobretudo, a construção de laços, o mapeamento de vulnerabilidades e o acionamento de redes de solidariedade e proteção.

Paralelamente, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNAS), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, configura-se como resposta a uma dívida histórica do Estado brasileiro com os povos negros e afrodescendentes, os quais são os principais alvos das iniquidades em saúde, agravadas pelo racismo estrutural e institucional. A implementação da PNAS no Ceará é ainda marcada por desafios e assimetrias, mas representa um avanço importante na construção de políticas de equidade racial em saúde, especialmente em territórios onde a população negra é majoritária e convivente com os piores indicadores de saúde pública.

A proposta da PNAS está assentada no reconhecimento de que o racismo é um determinante social da saúde, devendo ser enfrentado de forma interseccional e intersetorial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), a população negra apresenta maiores taxas de mortalidade materna, incidência de doenças crônicas, violência obstétrica, exclusão do acesso a exames especializados e dificuldade de adesão a tratamentos contínuos – dados que se agravam quando interligados à condição de pobreza e à periferização urbana.

Como destaca Gomes (2022, p. 137),

“a implementação da PNAS implica não apenas capacitar profissionais ou adaptar protocolos, mas transformar radicalmente as relações de poder no interior dos serviços de saúde, enfrentando o racismo como uma prática cotidiana, estrutural e silenciosa que atravessa corpos, diagnósticos e tratamentos.”

Apesar dos avanços legislativos, a efetividade da PNAS nas periferias do Ceará ainda é limitada. Há carência de formação antirracista entre os profissionais de saúde, ausência de indicadores desagregados por raça/cor nos relatórios locais, e baixa institucionalização de protocolos específicos para o atendimento à população negra. No entanto, iniciativas como o fortalecimento de comissões de equidade nas unidades básicas, a inserção de temas étnico-raciais na formação continuada das equipes e a articulação com movimentos sociais negros têm apontado caminhos possíveis para a concretização de uma política verdadeiramente inclusiva.

Importa enfatizar que tanto a ESF quanto a PNAS não podem ser compreendidas isoladamente. Sua potência reside exatamente na capacidade de articulação: uma Estratégia Saúde da Família que integre os princípios da equidade racial e de gênero, e uma Política Nacional da População Negra que se territorialize e dialogue com os dispositivos comunitários de saúde. A interseção entre ambas é condição indispensável para a construção de um SUS efetivamente comprometido com a justiça social.

No caso do Ceará, onde as marcas da colonialidade, da desigualdade fundiária e da segregação urbana ainda estruturam a distribuição dos serviços públicos, é imperativo que os programas estratégicos avancem para além da formalidade normativa e se enraizem nas práticas concretas dos territórios. Isso significa escutar os sujeitos, reconhecer saberes locais, dialogar com as religiões de matriz africana, combater o epistemicídio e construir redes de cuidado antirracistas, populares e afetivas.

Ao fim, pode-se afirmar que a ESF e a PNAS, quando operadas de modo crítico, sensível e articulado com os princípios constitucionais do SUS, representam instrumentos potentes de combate às desigualdades e de produção de dignidade. Sua presença nas comunidades não deve ser tratada como privilégio, mas como um direito constitucional de quem historicamente teve os direitos negados.

Desafios Estruturais e Oportunidades de Fortalecimento

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) represente uma das mais audaciosas experiências democráticas de acesso universal à saúde no mundo, seu funcionamento em territórios de extrema vulnerabilidade, como as periferias cearenses, esbarra em um conjunto de desafios estruturais persistentes. Tais entraves, longe de serem meramente administrativos ou operacionais, revelam fissuras históricas do Estado brasileiro, marcado pela seletividade na distribuição de direitos e pela reprodução de desigualdades em suas práticas institucionais.

Entre os desafios mais evidentes, destaca-se o subfinanciamento crônico do SUS, problema que se agravou após a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, a chamada “PEC do Teto de Gastos”, que impôs severas restrições orçamentárias à saúde pública. Essa limitação de recursos tem impactado diretamente a capacidade do sistema em manter a integralidade do cuidado, a continuidade dos serviços e a expansão das ações preventivas, especialmente nos municípios de menor porte e nas áreas de difícil acesso geográfico. Como adverte Vieira (2023, p. 81),

“o congelamento dos investimentos em saúde constitui não apenas um retrocesso político, mas uma violação estrutural do direito à vida das populações empobrecidas, que dependem integralmente do SUS para existirem com dignidade.”

No Ceará, embora haja avanços significativos na cobertura da atenção básica, ainda se observam deficiências notáveis no acesso à atenção especializada, à saúde mental, ao tratamento oncológico e à rede hospitalar de média e alta complexidade, sobretudo fora dos grandes centros urbanos. A concentração de serviços em polos regionais como Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte reforça a lógica da centralização, obrigando pacientes de localidades rurais e comunidades indígenas a percorrer longas distâncias em busca de atendimento, o que compromete o princípio da equidade territorial.

Outro desafio estrutural reside na precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde. Muitos atuam sob vínculos instáveis, contratos temporários ou terceirizações, o que compromete a continuidade do cuidado, fragiliza os vínculos com os territórios e enfraquece a qualidade da atenção prestada. A ausência de planos de carreira, a sobrecarga de trabalho e a violência nos ambientes periféricos também impactam negativamente a saúde física e mental dos trabalhadores, como aponta pesquisa recente de Barros et al. (2024), que denuncia o adoecimento silencioso de equipes da Estratégia Saúde da Família atuantes em zonas de vulnerabilidade social.

Ademais, o racismo institucional, o capacitismo e a LGBTfobia ainda são barreiras que impedem o acesso pleno e humanizado aos serviços, perpetuando violências simbólicas que reproduzem a exclusão. A escassez de protocolos específicos, a ausência de formação crítica entre os profissionais e a carência de mecanismos de ouvidoria acessíveis constituem obstáculos à efetivação de uma política de saúde verdadeiramente inclusiva. Como salienta Carneiro (2022, p. 118),

“o desafio não é apenas prestar o serviço, mas garantir que ele seja prestado com justiça, com respeito às identidades e às histórias de quem carrega nos corpos as marcas da marginalização histórica.”

Entretanto, é precisamente nos interstícios desses desafios que emergem oportunidades significativas de fortalecimento do SUS, sobretudo a partir de experiências de base comunitária, inovação institucional e participação social. A criação e o fortalecimento dos conselhos locais de saúde, por exemplo, têm possibilitado a ampliação do controle social, permitindo que usuários, trabalhadores e gestores compartilhem responsabilidades na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas. Quando legitimados e dinamizados, tais espaços tornam-se instrumentos de democratização da gestão e de enfrentamento das práticas tecnocráticas e autoritárias.

A valorização da educação permanente em saúde, com enfoque territorializado, também se apresenta como eixo estratégico de aprimoramento. Capacitar profissionais com base nas realidades socioculturais dos territórios, incorporar saberes populares, adotar metodologias participativas e combater o epistemicídio nos processos formativos são caminhos para transformar o SUS de dentro para fora, tornando-o mais sensível, crítico e comprometido com os sujeitos reais da política.

Além disso, experiências de articulação intersetorial têm demonstrado que o SUS pode ser catalisador de políticas públicas integradas, quando atua em rede com escolas, equipamentos culturais, centros de assistência social, organizações da sociedade civil e movimentos populares. Essas conexões ampliam o alcance das ações de promoção da saúde, previnem agravos e fortalecem o protagonismo das comunidades. Como registra a experiência do Projeto Saúde em Movimento, desenvolvido em comunidades de Sobral (2023), a combinação entre atividade física, arte-educação, cuidado integral e participação comunitária reduziu significativamente os casos de depressão e hipertensão entre mulheres negras chefes de família, revelando o poder das práticas territoriais de cuidado.

Por fim, fortalecer o SUS exige, sobretudo, uma vontade política comprometida com a justiça social. Trata-se de assumir que não basta manter o sistema operando: é necessário defendê-lo como um bem público inalienável, reformá-lo quando necessário, protegê-lo de interesses privatistas e sustentá-lo com financiamento adequado, planejamento participativo e escuta sensível.

A presença do SUS nas comunidades vulnerabilizadas do Ceará não pode ser reduzida a números de cobertura ou metas institucionais. Ela precisa ser compreendida como território de disputa entre um projeto de sociedade que exclui e outro que insiste em incluir, que naturaliza as ausências e outro que as combate com políticas públicas de verdade. Como afirma Noronha (2024, p. 94),

“não há saúde sem democracia; e não há democracia real sem saúde pública que alcance todos os corpos, especialmente os que foram por séculos empurrados para fora do campo de direitos.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise minuciosa do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua interface com as comunidades periféricas do estado do Ceará permite afirmar, com clareza e densidade teórica, que sua presença não pode ser concebida apenas como política assistencial, mas como um dispositivo estruturante de justiça social, territorialização do cuidado e radicalização do direito à vida. O SUS, nas “bordas” do Estado, é mais do que política pública: é abrigo, é resistência e é gesto ético que afirma a dignidade dos sujeitos historicamente negados pela lógica institucional seletiva.

As periferias cearenses – do Bom Jardim ao João Cabral, do Pirambu às veredas do Sertão Central – representam não apenas geografias do abandono, mas sobretudo territórios de invenção cotidiana da sobrevivência. Nessas realidades, a atuação do SUS é tensionada entre duas forças: a potência de sua proposta original e os limites impostos por décadas de subfinanciamento, invisibilidade política e descontinuidade administrativa. Ainda assim, mesmo sob condições adversas, o sistema mantém-se como um dos raros instrumentos de política pública que chega, permanece e se reinventa junto às populações empobrecidas.

Como sustentado por Paim (2019, p. 102),

“O SUS não é apenas um modelo de atenção à saúde, mas uma estratégia civilizatória, cujo êxito depende da capacidade de o Estado reconhecer a centralidade do cuidado e a urgência da equidade.”

Este trabalho demonstrou que os programas estratégicos como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNAS) constituem pilares imprescindíveis na luta contra as iniquidades em saúde, sobretudo quando implementados de forma integrada, sensível ao território e comprometida com os sujeitos que nele habitam. Contudo, a pesquisa também evidenciou desafios estruturais severos – desde a precarização dos vínculos profissionais até o racismo institucional – que ainda persistem como barreiras concretas à consolidação de uma saúde pública efetivamente universal e equânime.

A presença do SUS nas periferias do Ceará, apesar de tensionada, reafirma sua natureza contra-hegemônica. É nas vielas, nas casas de taipa, nas comunidades ribeirinhas e nos territórios quilombolas que o SUS revela seu rosto mais humanizado: quando escuta, acolhe, acompanha e cuida com proximidade, respeitando as identidades, saberes e vivências que ali florescem. É nessas margens – simbólicas e geográficas – que a política pública se reveste de humanidade.

Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer que a manutenção e o fortalecimento do SUS dependem de escolhas políticas concretas. A saúde pública não se sustenta apenas por boas intenções técnicas, mas por financiamento estável, valorização do trabalho em saúde, planejamento participativo, formação crítica dos profissionais e engajamento das comunidades em seus próprios processos de cuidado. Qualquer tentativa de mercantilização ou privatização fragmentada do SUS constitui não apenas um atentado contra o sistema, mas um ataque direto às vidas periféricas que dele dependem para existir.

Como aponta Noronha (2024, p. 118),

“Defender o SUS é mais do que defender uma política pública: é insurgir-se contra o projeto de sociedade que naturaliza a exclusão como destino, que silencia os corpos racializados, e que transforma direitos em mercadoria.”

A presente reflexão não se pretende conclusiva, mas sim convocatória. Convocação ao debate público qualificado, à resistência cotidiana das equipes de saúde, à escuta ativa das comunidades e à mobilização política em defesa do que ainda não foi plenamente conquistado. Afinal, a saúde pública, enquanto direito, é também horizonte de utopia concreta. E o SUS, em sua tessitura cotidiana nas periferias cearenses, continua sendo a expressão mais tangível de que a democracia, quando territorializada e humanizada, pode – e deve – começar pela escuta dos que sempre foram deixados por último.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2021.

BARROS, Laís Helena de; SILVA, Janine Matos; FERREIRA, Cláudia Regina. Adoecimento de profissionais da atenção básica em territórios de vulnerabilidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 145–162, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.20230138>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BENEVIDES, Regina Célia. O SUS como presença política nas margens: o direito à saúde nos territórios periféricos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 95–109, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o enfrentamento ao racismo institucional no SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2022.

CASTRO, Rosana Fernandes de. O SUS e a equidade em territórios racializados. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (org.). **Determinantes sociais da saúde e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 149–168.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Relatório de gestão do SUS no Ceará – 2024**. Fortaleza: SESA, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O cuidado como ato político no SUS: da gestão ao território. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, e230117, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230117>. Acesso em: 10 jul. 2025.

GOMES, Nilma Lino. Políticas de saúde e relações étnico-raciais: para além da inclusão, o enfrentamento do racismo. In: SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e; GOMES, Nilma Lino (org.). **Relações étnico-raciais e educação antirracista: caminhos para a cidadania brasileira**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. p. 121–142.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil Socioeconômico do Ceará 2023**. Fortaleza: IPECE, 2023. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br>. Acesso em: 12 jul. 2025.

LIMA, Tânia Gouveia de; MOREIRA, Davi Nascimento; MORAES, Letícia Costa. Práticas de cuidado e presença do SUS em periferias urbanas de Fortaleza. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 301–316, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313904>. Acesso em: 10 jul. 2025.

LOPES, Carolina Maria de Almeida. Epistemologias do território e cuidado nas margens: práticas de saúde em comunidades populares. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 85–102, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

NORONHA, Ligia Bahia. O SUS entre a promessa e a precariedade: dilemas contemporâneos. *Revista Política e Sociedade*, Salvador, v. 23, n. 1, p. 89–106, 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

ROCHA, Débora Maria Pinheiro. Territórios de insurgência: o cuidado em saúde nos espaços periféricos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Lisboa, n. 130, p. 53–70, 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2023.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. O financiamento do SUS e a EC 95/2016: impactos sobre o direito à saúde. *Revista Direitos Fundamentais & Justiça*, São Leopoldo, v. 47, p. 73–89, 2023.