

ACESSO POTENCIAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: AVALIAÇÃO DAS DESIGUALDADES LOCAIS

POTENTIAL ACCESS TO PRIMARY CARE IN BRAZIL: AN ASSESSMENT OF
LOCAL INEQUALITIES

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 01/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/780169136](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/780169136)

Gilson Cássio de Oliveira Santos¹

RESUMO

As desigualdades socioeconômicas afetam o estado de saúde dos indivíduos. O ato de adoecer, ou, ao contrário, a vida saudável, não são impactadas apenas pelas dimensões biológicas, mas também pelas estruturas sociais e econômicas, como: acesso à informação, trabalho, lazer, alimentação e nível de renda, por exemplo. O Brasil externa as suas desigualdades espacialmente. Existem municípios que ostentam padrões sociais, econômicos e de saúde elevados, outros, contudo, denotam arcabouço socioeconômico frágil impactando negativamente nas condições de vida dos indivíduos. No Brasil, existe o direito legal de acesso à saúde, sendo a atenção primária a porta de entrada aos serviços públicos de saúde. Considerando os princípios da universalidade e da equidade, que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica à saúde deveria ser melhor estruturada exatamente nos municípios social e economicamente mais necessitados. Será se isso ocorre? O objetivo do presente trabalho é construir um índice que possa mensurar a cobertura populacional da atenção básica do SUS. Tal indicador será denominado de Índice de Acesso Potencial à Atenção Básica (IAPAB) e irá medir a cobertura em três categorias: 1) estabelecimentos, (2) profissional, (3) equipes. O objetivo é avaliar a efetivação de ambos os princípios mencionados, em outras palavras: os municípios que mais precisam são os que possuem maior atenção quanto à cobertura da atenção básica? Para responder à pergunta norteadora ir-se-á utilizar análises de correlação e regressão articulando indicadores socioeconômicos como: PIB Per capita, IDH, escolaridade e percentual de pobres com o IAPAB.

Palavras-chave: Acesso potencial à saúde; atenção básica; distribuição do acesso.

ABSTRACT

Socioeconomic inequalities affect individuals' health status. The act of becoming ill, or conversely, a healthy life, is impacted not only by biological dimensions but also by social and economic structures such as access to information, work, leisure, food, and income level, for example. Brazil manifests its inequalities spatially. There are municipalities that boast high social, economic, and health standards, while others show a fragile socioeconomic framework, negatively impacting individuals' living conditions. In Brazil, there is a legal right to access healthcare, with primary care being the gateway to public health services. Considering the principles of universality and equity that guide the Unified Health System (SUS), primary healthcare should be better structured precisely in the most socially and economically disadvantaged municipalities. Does this happen? The objective of this work is to construct an index that can measure the population coverage of primary healthcare within the SUS. This indicator will be called the Primary Care Potential Access Index (IAPAB) and will measure coverage in three categories: (1) establishments, (2) professionals, (3) teams. The objective is to evaluate the effectiveness of both of the aforementioned principles; in other words: are the municipalities that need it most the ones that have the most attention regarding primary care coverage? To answer this guiding question, correlation and regression analyses will be used, linking socioeconomic indicators such as: GDP per capita, HDI, education level, and percentage of poor people with the IAPAB.

Keywords: Potential access to healthcare; primary care; distribution of access.

1. INTRODUÇÃO

As desigualdades socioeconômicas afetam o estado de saúde dos indivíduos. O ato de adoecer, ou, ao contrário, a vida saudável, não são impactadas apenas pelas dimensões biológicas, mas também pelas estruturas sociais e econômicas, como: acesso à informação, trabalho, lazer, alimentação, nível de renda e habitação, por exemplo. A literatura de saúde pública tem debatido sobre os determinantes sociais da saúde, conceituados como "condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos, das comunidades e jurisdições como um todo" (Rocha; Laprega, 2012). No Brasil, embora os indivíduos tenham direito legal de acesso à saúde, sendo a atenção primária a porta de entrada aos serviços públicos, existem desigualdades que são exacerbadas na perspectiva espacial. Há municípios que ostentam padrões sociais, econômicos e de saúde elevados, outros, contudo, denotam arcabouço socioeconômico frágil, impactando negativamente nas condições de vida dos indivíduos.

Garnelo, *et al* (2024) estudaram a cobertura da atenção primária em sete Unidades da Federação da região norte do Brasil, com base nos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O estudo comparou as populações urbanas e rurais da área de interesse. Observou que se faz necessária a ampliação dos investimentos em rede física e capacitação de pessoal na rede de Atenção Primária à Saúde na região estudada. Além disso, notaram que a inadequação ou falta de transporte é um fator de restrição ao acesso dos usuários nas áreas rurais.

Comparando várias variáveis avaliadas pelo PMAQ-AB, esse estudo não apresenta um indicador sintético que viabilize o entendimento sobre o acesso potencial. De outro modo, Noronha e Andrade (2002) mensuraram a desigualdade social em relação à saúde estimando o

índice de concentração em saúde. O trabalho avaliou as diferenças no nível de saúde da população entre os estados da federação e estimou a desigualdade social em saúde considerando grupos socioeconômicos. Porém, o objetivo não se relacionava a avaliar nenhum fator relativo ao acesso à saúde, mas a desigualdade da saúde entre as Unidades da Federação.

Considerando os princípios da universalidade e da equidade, que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica deveria ser melhor estruturada exatamente nos municípios social e economicamente mais necessitados, será que isso ocorre? O objetivo do presente trabalho é, no entanto, construir um índice que possa mensurar a cobertura da atenção básica do SUS. Tal indicador será denominado de Índice de Acesso Potencial à Atenção Básica (IAPAB) e irá medir a cobertura em três categorias: 1) estabelecimentos, (2) profissionais e (3) equipes. O objetivo é avaliar a efetivação de ambos os princípios do SUS anteriormente mencionados, em outras palavras, responder à seguinte pergunta: os municípios em que os indivíduos mais precisam são os que viabilizam maior cobertura da atenção básica à saúde? Para responder ao problema norteador, utilizou análises de correlação e regressão articulando indicadores socioeconômicos como: PIB per capita, IDH, escolaridade e percentual de pobres com o IAPAB. O referido indicador foi mensurado em conformidade com o que consta na Política Nacional da Atenção Básica e nas portarias do Ministério da Saúde que definem parâmetros para especificação de estabelecimentos, ocupações e equipes da Atenção Básica. Os dados foram obtidos através das bases do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os resultados possibilitaram identificar os municípios que precisariam melhorar a cobertura quanto à atenção básica e aqueles que a viabilizam adequadamente, além de identificar os municípios que eventualmente excedem a sua cobertura.

Estudos que seguem a linha do presente trabalho justificam-se como avaliação acadêmica do sistema e processos de saúde, viabilizando a formatação e o aprimoramento de políticas de saúde que promovam o bem-estar equânime. Em outras palavras, enfrentar as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade envolve, portanto, políticas voltadas para a distribuição mais equitativa dos recursos socialmente produzidos (Carvalho e Buss, 2012).

Cabe à Sociologia, como ciência social, entender e explicar as desigualdades que dificultam a disponibilidade de estruturas básicas para a promoção da saúde. Ao fazer isso, viabiliza pensar mecanismos que articulem e distribuam de forma mais eficaz e equânime os recursos voltados ao acesso à saúde pública.

2. METODOLOGIA

Para responder ao problema proposto foi criado o Índice de Acesso Potencial à Atenção Básica (IAPAB) que objetiva evidenciar a disponibilidade de recursos na atenção básica, nos diversos municípios brasileiros por mil habitantes. A fim de verificar se o acesso potencial aponta no sentido de se adequar ao princípio legal da equidade, aplicou-se, inicialmente, um modelo de regressão linear tendo o IAPAB como variável dependente e tamanho da população do município, IDH, PIB per capita, renda média e taxa de analfabetismo como variáveis independentes.

Seguindo o problema de pesquisa, levantou-se a hipótese de que para atender ao princípio legal da equidade o modelo deve produzir um efeito negativo entre a variável dependente e as variáveis tamanho da população, IDH, PIB per capita e renda média. Assim como deve realizar um efeito positivo com a variável taxa de analfabetismo.

O modelo foi executado e as variáveis PIB per capita e taxa de analfabetismo não se mostraram estatisticamente significante. Assim, fez-se uma adequação retirando essas variáveis, embora as que permaneceram não tenham se modificado consideravelmente com a exclusão dessas duas, na comparação do modelo anterior com o que prevaleceu.

O IAPAB é composto pela relação, na base mil, entre a soma de 1) estabelecimentos, (2) profissionais e (3) equipes e a população de cada município, de acordo com a fórmula abaixo:

$$I = \frac{\sum_{x=1}^n \square A}{1.000}$$

Onde:

I = IAPAB.

x= Soma dos recursos disponíveis: 1) estabelecimentos², (2) profissionais³ e (3) equipes⁴ e a população de cada município.

A= Quantidade da população de cada município.

Com a retirada das variáveis taxa de analfabetismo e PIB per capita, o modelo ficou definido como:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3 + \varepsilon$$

Onde:

Y = IAPAB.

β_0 = Constante.

β_1 = População residente.

β_2 = Renda média.

β_3 = IDH.

ε = Erro previsto no modelo.

Após considerar o índice que norteia o presente estudo e executar o modelo pretendido, foi possível realizar a análise que está demonstrada no tópico a seguir.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

No Brasil, a saúde é considerada como um direito constitucional de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Os serviços de saúde, efetivados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), balizam-se, além de outras, nas seguintes diretrizes: universalidade, integralidade, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990).

Para efeitos do objeto do presente trabalho o princípio da universalidade é relevante porque assegura que todos os cidadãos

brasileiros, sem exceção, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Na área orçamentária, o princípio da universalidade estabelece que o orçamento deve contemplar todas as receitas e despesas do Estado. A integralidade diz respeito ao fato de que o SUS busca atender todas as necessidades de saúde do indivíduo, considerando-o como um todo, e não apenas partes isoladas, e integrando ações de diferentes níveis de atenção. E a regionalização e hierarquização visam garantir o acesso da população a serviços de saúde de forma organizada e eficiente. A regionalização se refere à organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, dentro de áreas geográficas definidas, enquanto a hierarquização estabelece a lógica de encaminhamento dos pacientes entre esses níveis, do mais básico ao mais complexo (Brasil, 1990).

No trabalho em tela, volta-se o foco para as necessidades básicas apenas, porque elas são, em primeiro lugar, o âmbito da prevenção e dos atendimentos iniciais, onde grande parte dos diagnósticos são realizados e, em segundo lugar, porque, na estrutura da hierarquização, todos os municípios devem estar dotados com estrutura mínima necessária para garantir a qualidade dos atendimentos neste nível de atenção.

Em 2011, foi promulgada a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro, que define atenção básica da seguinte forma:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A despeito das pretensões legais, é sabido que os processos e o acesso à saúde refletem as desigualdades sociais e econômicas das diversas sociedades. Além disso, “não existe uma relação direta entre a generalização do acesso à saúde e a diminuição das desigualdades sociais em saúde, pois as condições de saúde são determinadas por um conjunto diversificado de fatores” (Tavares, 2019).

Essa abordagem é corroborada por diversos estudos, Palmeira *et al* (2022), por exemplo, mostra como fatores como sexo, escolaridade e região influenciam o acesso a consultas médicas e medicamentos. Ela destaca que homens e pessoas com menor escolaridade têm menos acesso aos serviços de saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas mais equitativas (Palmeira, N. C.; *et al.* 2022).

Contudo, o Estado brasileiro, a partir do que se observa no arcabouço normativo sobre o SUS, tem a pretensão de viabilizar o acesso de forma verdadeiramente equitativa. Fato destacado na Constituição federal no Art. 194, parágrafo único, inciso V, que

determina a equidade na forma de participação no custeio dos serviços de seguridade social, que incluem os direitos relativos à saúde.

Assim, fica claro que a regionalização se refere à organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, não podendo significar, contudo, o espelho das desigualdades sociais e econômicas. Entende-se nesse aspecto que, no caso da atenção básica, deve estar, em primeiro lugar, a disposição com recurso adequados em todos os municípios brasileiros, e, em segundo lugar, ser mantida equanimemente pelas três esferas de governo. Em suma, os municípios com menor disponibilidade de recursos devem tê-los garantidos à atenção básica em maior participação pela Unidade da Federação e pela União.

A pergunta feita aqui é se o Índice de Acesso à Saúde Básica reflete às desigualdades regionais, econômicas e sociais, a despeito do que preconiza a legislação brasileira. A tentativa de resposta para essa questão está posta no modelo de regressão linear que se externa a seguir. O modelo proposto, explicitado no tópico anterior (métodos), mostrou-se estatisticamente significativo, conforme pode ser observado na Tabela 1, o que possibilita realizar inferência para a sociedade brasileira.

Tabela 1 – Correlação entre as variáveis independentes

Especificação	Eixo X	Eixo Y	Resultado
Correlations	IDH	IDH	1,000
		População residente	,106
		Renda média	-,908

População residente	IDH	,106
	População residente	1,000
	Renda média	-,180
Renda média	IDH	-,908
	População residente	-,180
	Renda média	1,000

Elaboração: Própria.

As variáveis IDH e renda média possuem forte correlação entre si, mas não atrapalharam o modelo, uma vez que a renda causou um efeito negativo no IAPAB enquanto o IDH efetivou um efeito inverso.

Tabela 2 – ANOVA do modelo^a

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1476,261	3	492,087	78,861	,000 ^b
Residual	34693,925	5560	6,240		
Total	36170,187	5563			

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/acesso-potencial-da-atencao-basica-no-brasil-avaliacao-das-desigualdades-locais?noblockage>

a. Dependent Variable: Índice de Acesso Potencial.

b. Predictors: (Constant), IDH, População residente, Renda média.

Com base nisso, verificou-se que o tamanho da população dos municípios produz um efeito negativo na variável dependente, evidenciando que existe uma tendência do IAPAB se elevar nos municípios menores. Esse dado é importante porque denota a existência de mais recursos na atenção básica (equipe, ocupações e estabelecimentos) para os municípios menores. Municípios pequenos, com menos de quinze mil habitantes, por exemplo, não costumam ser dotados de estrutura de média e alta complexidade, devido ao sistema de regionalização de saúde alocar as especialidades dos dois níveis superiores aos municípios de médio e grande porte. Assim, é salutar que as cidades pequenas sejam bem equipadas no âmbito da atenção básica.

De igual modo, a renda média também ocasiona um efeito negativo no modelo, denotando o fato de que municípios menores, cujos moradores são menos abastados economicamente tendem a evidenciar maior disponibilidade de recursos para a atenção básica. Esses dois indicadores apontam no sentido de uma convergência ao princípio legal da equidade, direcionando a interpretação para o fato de haver interação entre a redução do tamanho da população e da renda média com o aumento do índice de acesso potencial. A taxa de analfabetismo também demonstrou um efeito positivo no modelo inicialmente criado, contudo, não se mostrou estatisticamente significativa e foi retirada do modelo atual.

Tabela 3 – Modelo de regressão

	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	T	Sig.

	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	,653	,594		1,100	,271
População residente	-1,643E-006	,000	-,131	-9,707	,000

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/acesso-potencial-da-atencao-basica-no-brasil-avaliacao-das-desigualdades-locais?noblockage>

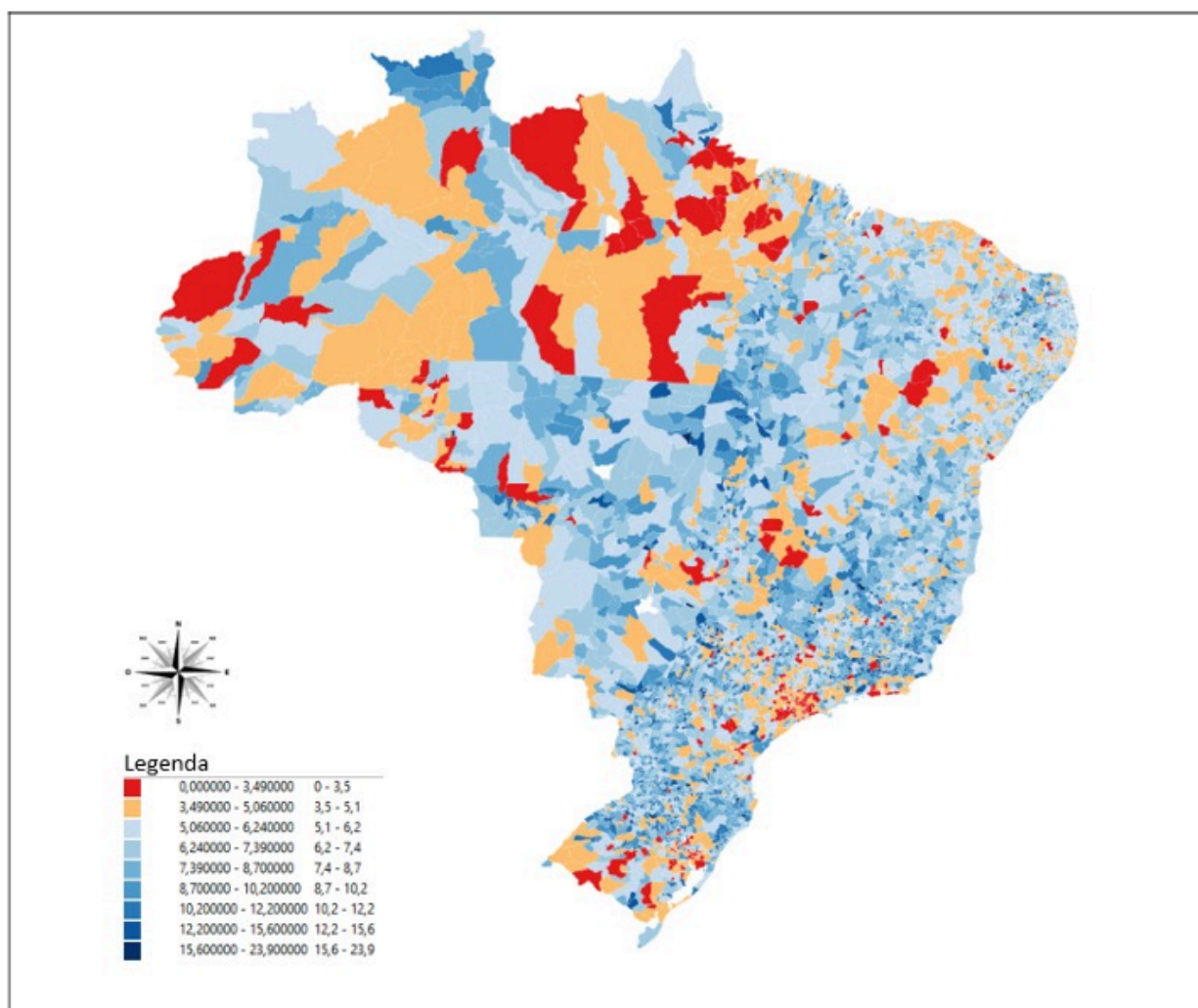
a. Dependent Variable: Índice de Acesso Potencial

O IDH também evidenciou efeito positivo, contudo, pode ser influenciado pelo próprio IAPAB já que é composto pelo indicador expectativa de vida ao nascer. Embora não seja um indicador específico incluído nos cálculos do IDH, o acesso a cuidados médicos influencia a expectativa de vida e, portanto, a dimensão saúde do IDH. Porém, o efeito produzido pelo IDH não pode ser desprezado aqui, já que, percebe-se uma tendência de alocação dos municípios com os maiores IAPAB nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste, justamente as regiões com os maiores IDH do Brasil, como pode ser observado na Figura 1. No ranking dos 100 maiores IAPAB, 59 estão na Região Sudeste e 28 no Sul do Brasil. Ou seja, 78% dos municípios com os maiores índices encontram-se nas regiões Sudeste e Sul.

De tal modo, embora possa observar um efeito negativo provocado pelo tamanho da população do município e pela renda média, é possível dizer que tal regra se aplica de forma mais expressiva aos municípios com IDH mais elevados, que se encontram nas regiões Sudeste e Sul. Assim, quanto a avaliação da tendência de cumprimento do princípio legal da equidade, quanto ao acesso potencial à atenção básica, pode-se dizer que ele atende mais

claramente às regiões específicas. Tal fato denota a desigualdade regional evidente no território brasileiro quanto ao acesso potencial à saúde básica. Isso posto, esse efeito é minimizado nos municípios com IDH inferior.

Figura 1 – Distribuição do IAPAB por municípios brasileiros - 2010



Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração: Própria.

Uma possível explicação para o fato de haver efeito negativo entre o tamanho da população dos municípios e o IAPAB é a grande quantidade de recursos vinculados às atenções de média e alta complexidade nas cidades de médio e grande porte. Contudo, essa avaliação remete a uma deficiência na alocação de recursos públicos em saúde, porque, nesse caso, estar-se-ia constatando a realização de atendimentos médicos nas estruturas destinadas à média e à alta

complexidade em casos que deveriam ser atendidos em estruturas destinadas à atenção básica. Se isso ocorre, ocasiona um efeito de desperdício de recursos e elevação desnecessária dos gastos públicos com saúde. Importante manter essa observação como uma hipótese para os trabalhos futuros, já que não há aqui evidências suficientes para constatar o que se afirma.

Quanto a isso, Tofani, *et al* (2023) faz uma revisão integrativa sobre a Rede de Atenção às Urgências (RUE), destacando que muitos hospitais ainda concentram atendimentos de baixa complexidade, o que deveria ser resolvido na Atenção Básica. A pesquisa aponta fragilidades na articulação entre os níveis de atenção e reforça a centralidade hospitalar, mesmo para casos simples.

Isso posto fica claro que, a despeito das pretensões normativas, os desafios e dificuldades ainda persistem. As desigualdades regionais estão refletidas na disponibilidade de recursos para o atendimento na atenção básica. Assim como Guida, *et al* (2025) reconhece que a Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para garantir o acesso equitativo e contínuo aos serviços de saúde, mas, apesar dos avanços com a Estratégia de Saúde da Família, ainda há desafios como infraestrutura e capacitação profissional; aqui se reconhece que, embora exista uma tendência de maior disponibilidade dos recursos para a atenção básica pelos municípios menores e com população com renda menos abastada, ainda existe uma concentração da disponibilidade desses recursos nas regiões Sudeste e Sul e dos municípios com IDH mais elevado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde no Brasil estão alicerçados em princípios constitucionais que visam garantir o acesso universal, equitativo e integral à população. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada ao sistema, desempenhando papel estratégico na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na resolutividade de demandas de baixa complexidade. Por essa razão, a organização e a disponibilidade desse nível de atenção tornam-se fundamentais para todos os municípios brasileiros, independentemente de porte populacional ou localização geográfica.

Com o objetivo de qualificar o debate sobre a equidade na distribuição dos recursos da APS, este estudo buscou, em um primeiro momento, construir o Índice de Acesso Potencial à Atenção Básica (IAPAB). Esse indicador não pretende mensurar o acesso efetivo aos serviços, mas sim capturar a capacidade instalada e os recursos disponíveis que potencializam o acesso à atenção básica. Em um segundo momento, procedeu-se à análise da distribuição do IAPAB entre os municípios brasileiros, considerando critérios como a dispersão espacial e os efeitos de variáveis como tamanho populacional, renda média dos habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Os resultados revelaram uma tendência interessante: municípios de pequeno porte, com menores níveis de renda média, tendem a apresentar valores mais elevados de IAPAB. Tal padrão sugere uma coerência na alocação dos recursos conforme os princípios de equidade que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, ao se observar a distribuição regional do índice, verifica-se uma concentração significativa de municípios com alto IAPAB nas regiões Sudeste e Sul — exatamente as áreas com os melhores indicadores

socioeconômicos do país. Esta aparente contradição é relativizada pela constatação de que há uma correlação positiva entre o IAPAB e o IDH: os municípios com maior acesso potencial aos recursos da APS também são, majoritariamente, aqueles com maior desenvolvimento humano.

Esse achado, embora não represente um paradoxo, impõe uma reflexão crítica: ainda que o índice beneficie municípios menores e com menor renda média, seu impacto é mais evidente nas regiões mais desenvolvidas. Em outras palavras, os efeitos positivos esperados da política de equidade na distribuição de recursos da atenção básica não se manifestam com a mesma intensidade nas regiões Norte e Nordeste — onde persistem importantes vazios assistenciais.

Quanto à variável “tamanho da população”, observou-se que municípios de médio e grande porte apresentaram, em geral, menor valor de IAPAB. Uma hipótese plausível para esse resultado é que essas cidades concentram recursos voltados à média e alta complexidade, podendo haver deslocamento de demandas compatíveis com a APS para outros níveis assistenciais. Assim, a população potencialmente atendida na atenção básica acaba sendo redirecionada a serviços mais especializados. No entanto, é importante destacar que os dados disponíveis não permitem uma comprovação categórica dessa hipótese, devendo ela ser objeto de futuras investigações empíricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out.

1988. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

Carvalho, I. C.; Buss, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella, L. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2012.

Garnelo, L; *et al.* Acesso a cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte. *In: Saúde Debate.* V. 42, n 1. Rio de Janeiro, set, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S106.

GUIDA, Simone Leite Azevedo Gurgel et al. O papel da Atenção Primária à Saúde na garantia do acesso universal: desafios e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Ciências da Saúde**, v. 29, n. 142, p. e10202501311704, jan. 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-na-garantia-do-acesso-universal-desafios-e-perspectivas-no-sistema-unico-de-saude/>. DOI: 10.69849/revistaft/fa10202501311704. Acesso em: 1 jul. 2025.

Noronha, Kenya V. M. S. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *In: Texto para discussão; 171.* Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002. 34p.

PALMEIRA, Nathalia Campos; MORO, Julia Pustrelo; GETULINO, Fabiana de Abreu; VIEIRA, Yohana Pereira; SOARES JUNIOR, Abelardo de Oliveira; SAES, Mirelle de Oliveira. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 31, n. 3, e2022966, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jhSpt69k9S4WNspf7Pj5pbP/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

Rocha, J. S. Y.; Laprega, M. R. Os determinantes sociais da saúde. *In: Rocha, J. S. Y. Saúde Pública e Coletiva no Brasil.* Atheneu, São Paulo: 2012.

Tavares, D. **Introdução à sociologia da saúde.** 2.ed. Edições Almeida, Coimbra, 2019.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; FURTADO, Lumena Almeida Castro; ANDREAZZA, Rosemarie; BIGAL, André Luiz; FELICIANO, Deize Grazielle Conceição Ferreira; SILVA, Gabriela Rodrigues da; CHIORO, Arthur. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220122pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/X6657X7tPgQbnt3VJtZ5Qkf/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

¹ Doutor em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Sociólogo da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Responsável técnico pelo Instituto de Pesquisas Sociais do Norte de Minas (DATANORTE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Dados recuperados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, com especificação Ambulatorial - Básica estadual/Ambulatorial - Básica municipal por Município, do ano 2010.

³ Dados do CNES, com estratificação do tipo de estabelecimento e das ocupações referente ao ano 2010.

⁴ Dados do CNES, ano 2010.