

**SAÚDE COLETIVA E
TRANSFORMAÇÃO SOCIAL:
ESTRATÉGIAS PARA
ENFRENTAR
DESIGUALDADES E
FORTALECER O CUIDADO
INTEGRAL NO SUS**

**COLLECTIVE HEALTH AND SOCIAL TRANSFORMATION: STRATEGIES TO
ADDRESS INEQUALITIES AND STRENGTHEN COMPREHENSIVE CARE IN
THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM**

Ciências da Saúde • 15/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/783720671](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/783720671)

Thaís Helen Pereira¹

Enio Grazianni Gonçalves Sirqueira²

Hanna Beatriz Bacelar Tibaes³

Sarah Taynah da Conceição Ferreira⁴

Thalita Hagar Oliveira Silva⁵

Elisângela Maria da Conceição Lima⁶

Erick Vinicius Rocha da Silva⁷

James Carlos Pereira Gomes⁸

Sandra Corradini⁹

Emanuelly Carneiro¹⁰

Antonio Felipe Da Silva Fragoso¹¹

Josué Brito Gondim¹²

RESUMO

A saúde coletiva brasileira ocupa posição estratégica na articulação entre direito social, organização dos serviços e transformação das condições que produzem iniquidades. Este estudo teve como objetivo analisar estratégias capazes de enfrentar desigualdades e fortalecer o cuidado integral no Sistema Único de Saúde, considerando a determinação social da saúde, a Atenção Primária à Saúde, a regionalização, a participação social e a intersetorialidade. Realizou-se revisão integrativa da literatura associada à análise documental, com buscas em PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, além de repositórios institucionais nacionais e internacionais, abrangendo publicações de 2021 a junho de 2026. O corpus analítico foi composto por 50 fontes selecionadas por pertinência temática, atualidade e qualidade metodológica ou institucional. Os achados indicam que a redução das desigualdades depende de financiamento redistributivo, fortalecimento territorial da Estratégia Saúde da Família, coordenação das redes, valorização da força de trabalho, inclusão digital, enfrentamento do racismo institucional e incorporação sistemática de marcadores sociais no planejamento. Conclui-se que a transformação social mediada pelo SUS exige combinar universalidade com políticas de equidade, integração entre setores e participação social, de modo a converter necessidades territoriais em respostas contínuas, resolutivas e humanizadas.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Equidade em Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Brazilian collective health occupies a strategic position at the intersection of social rights, service organization and the transformation of conditions that produce inequities. This study

aimed to analyze strategies capable of addressing inequalities and strengthening comprehensive care in the Brazilian Unified Health System, considering social determinants of health, Primary Health Care, regionalization, social participation and intersectoral action. An integrative literature review combined with documentary analysis was conducted through searches in PubMed/MEDLINE, SciELO and the Virtual Health Library, as well as national and international institutional repositories, covering publications from 2021 to June 2026. The analytical corpus comprised 50 sources selected according to thematic relevance, recency and methodological or institutional quality. Findings indicate that reducing inequalities requires redistributive financing, territorial strengthening of the Family Health Strategy, coordinated care networks, health workforce development, digital inclusion, confrontation of institutional racism and systematic incorporation of social markers into planning. It is concluded that social transformation mediated by the Brazilian Unified Health System requires combining universality with equity-oriented policies, cross-sector integration and social participation, converting territorial needs into continuous, effective and humanized responses.

Keywords: Collective Health; Health Equity; Unified Health System; Primary Health Care; Comprehensive Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A saúde coletiva, entendida como campo de conhecimento e de práticas voltado às relações entre condições de vida, processos sociais e respostas institucionais às necessidades de saúde, oferece uma perspectiva particularmente adequada para compreender as desigualdades brasileiras. A produção da saúde ultrapassa o acesso a consultas e procedimentos, pois é influenciada por renda,

escolaridade, trabalho, moradia, alimentação, ambiente, gênero, raça, deficiência, território e distribuição de poder. O relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde reforça que diferenças evitáveis e injustas nos resultados de saúde decorrem da forma como recursos, oportunidades e proteção social são distribuídos. No Brasil, a heterogeneidade das condições de vida documentada por indicadores sociais torna essa abordagem indispensável ao planejamento de políticas públicas (World Health Organization, 2025; IBGE, 2024).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui a principal resposta institucional brasileira ao reconhecimento da saúde como direito e, apesar de avanços históricos, permanece submetido a tensões decorrentes de desigualdades sociais persistentes, subfinanciamento relativo, fragmentação assistencial e coexistência com um setor privado fortemente segmentado. Estudos recentes demonstram redução de algumas desigualdades de utilização ao longo do tempo, mas identificam persistência de gradientes socioeconômicos no uso de serviços preventivos, hospitalares, especializados e no atendimento de necessidades de cuidado e medicamentos. Assim, universalidade jurídica não elimina automaticamente barreiras materiais, geográficas, organizacionais e simbólicas de acesso (Coube *et al.*, 2023a; Coube *et al.*, 2023b; Ortega; Pele, 2023; World Health Organization; World Bank, 2023).

As desigualdades no acesso são produzidas por mecanismos múltiplos. Distâncias territoriais, oferta insuficiente, tempos de espera, disponibilidade de profissionais, custo indireto do deslocamento, horários incompatíveis com o trabalho e discriminação institucional podem atuar simultaneamente e de modo cumulativo. A literatura latino-americana mostra que essas

barreiras se distribuem desigualmente entre grupos sociais, enquanto estudos brasileiros apontam diferenças segundo renda, raça, gênero e cobertura privada. Por isso, a equidade exige identificar necessidades diferenciadas e organizar respostas proporcionais à magnitude das vulnerabilidades, sem abandonar a universalidade como horizonte normativo (Oliveira; Pereira, 2024; Coelho *et al.*, 2025; Vieira *et al.*, 2023).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm papel estruturante. Evidências associam cobertura e continuidade de cuidados primários a melhores resultados e à redução de desigualdades de mortalidade, enquanto modelagens sugerem que a expansão da atenção primária pode contribuir para metas de saúde e evitar mortes em grandes cidades. A APS também sustenta longitudinalidade, coordenação do cuidado, prevenção e leitura das necessidades territoriais, embora sua efetividade dependa de equipes completas, vínculo, capacidade clínica, acesso oportuno e integração com outros níveis da rede (Kessler *et al.*, 2021; Basu *et al.*, 2022; Rodrigues; Sousa, 2023).

A transformação social vinculada à saúde coletiva demanda, entretanto, ações que ultrapassem o setor saúde. Insegurança alimentar, eventos climáticos extremos, sofrimento mental, racismo e exclusão de pessoas com deficiência exemplificam situações em que a resposta exclusivamente assistencial é insuficiente. A produção de territórios saudáveis requer políticas de proteção social, educação, trabalho, habitação, mobilidade, segurança alimentar e sustentabilidade ambiental, articuladas com vigilância e cuidado. O desafio contemporâneo consiste em operar essa intersetorialidade sem diluir responsabilidades sanitárias e sem transferir para indivíduos a carga de superar condições estruturalmente

determinadas (Alpino *et al.*, 2022; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2022).

A relevância do tema aumenta diante das mudanças observadas após a pandemia de COVID-19. O período evidenciou tanto a capacidade de resposta de um sistema universal e descentralizado quanto fragilidades de coordenação, força de trabalho, informação, atenção a condições crônicas e continuidade assistencial. A resiliência de sistemas de saúde depende da manutenção de funções essenciais, do fortalecimento da atenção primária e da capacidade de adaptação às crises sem aprofundar desigualdades preexistentes. No caso brasileiro, reconstruir capacidades requer planejamento de longo prazo, financiamento estável e mecanismos de governança que preservem acesso e equidade durante e após emergências (Bigoni *et al.*, 2022; Guedes *et al.*, 2021; Ventura *et al.*, 2024; World Health Organization, 2021; Pan American Health Organization, 2021).

O problema que orienta esta pesquisa é a persistência de desigualdades evitáveis em um sistema universal que, simultaneamente, ampliou acesso e permanece desafiado pela distribuição desigual de recursos, pelas barreiras de continuidade e pela fragmentação do cuidado. Essa contradição exige identificar quais estratégias apresentam maior coerência com a determinação social da saúde e com os atributos de uma rede integral, especialmente quando se consideram territórios rurais remotos, populações racializadas, pessoas com deficiência e grupos submetidos a vulnerabilidades sobrepostas (Fausto *et al.*, 2023; Bittencourt; Santana; Santos, 2023; Mota; Bousquat, 2023).

Justifica-se, portanto, uma síntese crítica que relacione desigualdades sociais, organização do SUS, APS, redes de atenção, participação social, saúde digital e capacidade estatal. A análise conjunta dessas dimensões permite evitar soluções isoladas e destacar mecanismos de transformação institucional: financiamento orientado por necessidades, territorialização, coordenação regional, uso ético de informação, valorização do trabalho em saúde e participação dos usuários. A Agenda 2030 e o planejamento nacional de saúde reforçam a pertinência de abordagens integradas e orientadas à equidade, mas sua implementação depende de tradução territorial e monitoramento contínuo (Martins *et al.*, 2024; Brasil, 2024).

O objetivo deste estudo é analisar, a partir da literatura científica e de documentos institucionais recentes, estratégias para enfrentar desigualdades e fortalecer o cuidado integral no SUS, identificando eixos de ação relacionados à determinação social da saúde, à Atenção Primária, à organização das redes, à equidade para populações vulnerabilizadas, à participação social, à transformação digital e à governança do sistema.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Determinação Social da Saúde, Equidade e Justiça Social

A determinação social da saúde desloca a análise do adoecimento de uma explicação exclusivamente biológica ou comportamental para processos históricos e relacionais que organizam oportunidades de viver com saúde. Esse enfoque não nega a relevância da assistência clínica, mas situa o cuidado em um conjunto de condições materiais e simbólicas. A equidade, nesse

sentido, não corresponde a distribuir recursos de forma idêntica; requer reconhecer necessidades desiguais e remover barreiras sistematicamente associadas a posições sociais, territórios e formas de discriminação. O relatório mundial de 2025 propõe atuar sobre desigualdade econômica, poder, políticas públicas e governança, articulando proteção social, serviços públicos e participação das comunidades (World Health Organization, 2025).

No Brasil, a desigualdade social possui expressão territorial marcante. Indicadores de renda, trabalho, educação, saneamento e proteção social apresentam diferenças entre regiões e entre grupos raciais e de gênero, influenciando exposição a riscos e capacidade de acessar serviços. A análise das condições de vida é relevante não apenas como diagnóstico social, mas como fundamento para programação sanitária: territórios com maior privação tendem a demandar maior intensidade de busca ativa, vigilância, cuidado longitudinal e articulação intersetorial. Dessa forma, a informação social precisa integrar o planejamento, evitando que a alocação reproduza a distribuição histórica da oferta em vez de responder à distribuição das necessidades (IBGE, 2024; Barbosa; Oliveira; Oliveira, 2024).

A dimensão racial demanda atenção específica porque o racismo institucional atua por meio de rotinas, omissões, estereótipos e decisões que podem reduzir qualidade, oportunidade ou acolhimento. A produção recente aponta que a implementação de políticas de saúde da população negra permanece desigual e que a incompreensão dos princípios da APS pode invisibilizar necessidades racialmente marcadas. A perspectiva interseccional amplia essa análise ao mostrar que raça, gênero, classe, território e outras posições sociais não são camadas independentes, mas

relações que se combinam na produção de vulnerabilidades e de respostas institucionais (Anunciação *et al.*, 2022; Bittencourt; Santana; Santos, 2023; Barbosa; Oliveira; Oliveira, 2024).

Para a saúde coletiva, justiça social implica transformar os mecanismos que produzem iniquidades e, simultaneamente, proteger pessoas expostas a seus efeitos imediatos. Isso exige combinar políticas universais robustas com ações focalizadas por necessidade, evitando tanto o universalismo abstrato quanto a fragmentação de programas sem base territorial. A análise das desigualdades latino-americanas sugere que barreiras financeiras, geográficas e organizacionais se reforçam, de modo que intervenções isoladas têm alcance limitado quando não enfrentam a estrutura de provisão e os determinantes que condicionam a procura e a continuidade do cuidado (Oliveira; Pereira, 2024; Coelho *et al.*, 2025).

2.2. Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família e Cuidado Integral

A APS orientada pela ESF constitui um dos principais mecanismos pelos quais o SUS pode aproximar universalidade e equidade. A presença territorial de equipes multiprofissionais, agentes comunitários e cadastro de população adscrita cria condições para identificar necessidades não expressas em demanda espontânea, acompanhar condições crônicas, realizar prevenção e coordenar percursos assistenciais. Evidências longitudinais demonstram associação da ESF com redução de desigualdades de mortalidade entre pessoas idosas, sobretudo quando a atenção primária é acessível e contínua (Kessler *et al.*, 2021).

Integralidade é um conceito operacionalmente exigente. Não se resume à oferta de muitos procedimentos, mas envolve reconhecer necessidades amplas, combinar promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, e articular pontos de atenção quando a resposta excede a capacidade de uma equipe. A revisão comparada de práticas na atenção primária mostra que a integralidade depende de orientação comunitária, trabalho em equipe, coordenação, sistemas de informação e redes que evitem que o usuário se torne responsável por costurar sozinho serviços fragmentados (Rodrigues; Sousa, 2023; Adão *et al.*, 2025).

As mudanças recentes na política de APS revelam a importância do desenho de financiamento para a sustentabilidade da ESF. Modelos de repasse podem induzir expansão, qualidade e equidade, mas também gerar riscos quando priorizam cadastro formal ou produção sem proteção suficiente para territórios de maior vulnerabilidade. A literatura sobre mudanças na política de atenção primária destaca tensões entre continuidade do modelo Saúde da Família, novas modalidades de equipe e critérios de financiamento. Em 2024, o redesenho federal retomou componentes de equidade e vínculo territorial como elementos centrais, movimento discutido em análises recentes sobre reconstrução da APS (Mendonça *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2025; Fernandez *et al.*, 2026).

A efetividade da APS também depende de produtividade entendida com qualidade e não como simples volume de contatos. Diferenças municipais na produtividade de médicos e enfermeiros evidenciam relação com disponibilidade de profissionais, organização do trabalho e contexto territorial. Em áreas de difícil provimento, metas padronizadas podem penalizar equipes submetidas a longos deslocamentos ou dispersão populacional. Por isso, avaliação deve

combinar acesso, continuidade, resolutividade, coordenação, experiência do usuário e equidade, evitando incentivos que fragmentem o trabalho clínico e comunitário (Barros *et al.*, 2025; World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2022).

2.3. Redes de Atenção, Regionalização e Continuidade do Cuidado

A integralidade depende de redes regionalizadas capazes de garantir continuidade entre atenção primária, atenção especializada, urgência, hospital e reabilitação. A fragmentação se manifesta quando encaminhamentos não geram retorno, listas de espera não são transparentes, informação clínica não circula e a regulação opera desconectada da gestão do cuidado. A análise das configurações de redes no SUS mostra grande diversidade territorial e sugere que a cobertura de atenção básica, por si só, não assegura integração com a estrutura hospitalar e especializada (Chaves; Andrade; Santos, 2024).

As desigualdades de acesso a serviços especializados merecem destaque porque tendem a aparecer após um primeiro contato já realizado com o sistema. Pesquisa no Sul do Brasil observou iniquidades socioeconômicas no uso de serviços especializados após a COVID-19, indicando que diferenças de renda e posição social podem reaparecer em etapas posteriores do cuidado. Isso reforça a necessidade de linhas de cuidado, regulação com critérios clínicos e de equidade, apoio diagnóstico regional e mecanismos de contrarreferência que preservem a responsabilidade da APS pela coordenação (Vieira *et al.*, 2023).

O acesso a medicamentos integra a continuidade terapêutica. A comparação de dados nacionais de 2013 e 2019 identificou prevalências e desigualdades no acesso a medicamentos entre usuários do SUS, demonstrando que a obtenção do tratamento prescrito não pode ser presumida a partir da existência de uma política nacional. Estoques, financiamento, logística, prescrição, informação ao usuário e articulação entre níveis de atenção influenciam a efetividade do cuidado e devem compor indicadores de integralidade (Boing *et al.*, 2022).

As redes voltadas às pessoas com deficiência exemplificam desafios de coordenação intergovernamental e de continuidade. Estudos recentes identificam diferenças na implantação, dependência de capacidade regional, necessidade de liderança e dificuldades de articulação entre reabilitação especializada e atenção primária. A equidade nessa área exige remover barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais, incluir reabilitação na rede e garantir participação das pessoas com deficiência no desenho e na avaliação dos serviços (Mota; Bousquat, 2023; Ribeiro *et al.*, 2023; World Health Organization, 2022)

Em territórios rurais remotos, regionalização e logística assumem importância ainda maior. Distâncias, transporte fluvial ou terrestre, dispersão populacional e escassez de profissionais alteram a relação entre tempo, acesso e continuidade. Estudo em municípios rurais remotos brasileiros evidencia que soluções precisam ser territorialmente adaptadas, com itinerários de cuidado, apoio à mobilidade, provimento estável, comunicação à distância e capacidade local compatível com o perfil de necessidades. A equidade territorial implica reconhecer custos diferenciados para produzir o mesmo direito (Fausto *et al.*, 2023).

2.4. Participação Social, Governança, Trabalho e Transformação Digital

A participação social é componente constitutivo do SUS e pode qualificar a definição de prioridades, a fiscalização e a legitimidade das decisões. Contudo, participação formal não garante influência efetiva. Estudos apontam obstáculos relacionados a assimetrias de informação, baixa renovação, fragilidade de apoio institucional e distância entre deliberação e execução. Fortalecer conselhos, conferências e formas territoriais de escuta requer acesso à informação compreensível, devolutiva das decisões e inclusão de grupos menos representados (Gomes; Orfão, 2021; Santos *et al.*, 2023).

A força de trabalho é um eixo de governança porque acesso e qualidade dependem de profissionais suficientes, distribuídos equitativamente e apoiados por condições adequadas de trabalho. A política regional para a força de trabalho em saúde destaca planejamento, distribuição, educação interprofissional e resiliência como prioridades. No SUS, a rotatividade, os vínculos precários e a desigualdade territorial de oferta podem comprometer longitudinalidade e vínculo, especialmente em localidades remotas e periferias urbanas (Pan American Health Organization, 2023; Barros *et al.*, 2025).

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza aplicada, abordagem qualitativa com apoio de síntese descritiva e objetivo exploratório-descritivo, desenvolvido por meio de revisão integrativa da literatura associada à análise documental. A combinação desses procedimentos foi

escolhida porque o objeto envolve evidências de efetividade e acesso, análises de política pública, estudos qualitativos sobre experiência de cuidado e documentos normativos ou estratégicos. O propósito não foi realizar metanálise nem estimar medida única de efeito, mas integrar achados heterogêneos em eixos analíticos capazes de apoiar interpretação e formulação de estratégias para equidade e integralidade.

A questão orientadora foi: quais estratégias, mecanismos organizacionais e condições institucionais são apontados pela produção recente como relevantes para enfrentar desigualdades e fortalecer o cuidado integral no SUS? A estrutura conceitual considerou quatro dimensões articuladas: determinação social e marcadores de desigualdade; organização da APS e da ESF; integração regional das redes de atenção; e capacidades transversais de participação social, força de trabalho, informação, saúde digital e governança.

As buscas bibliográficas foram planejadas nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com ênfase nos índices LILACS e MEDLINE. A busca documental incluiu repositórios e páginas institucionais do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Foram também consultados documentos de planejamento e relatórios técnicos diretamente relacionados à equidade, atenção primária, cobertura universal, saúde mental, deficiência e resiliência dos sistemas de saúde.

Utilizaram-se descritores e termos livres em português e inglês: 'Saúde Coletiva', 'Equidade em Saúde', 'Desigualdades em Saúde',

‘Determinantes Sociais da Saúde’, ‘Sistema Único de Saúde’, ‘Atenção Primária à Saúde’, ‘Estratégia Saúde da Família’, ‘Integralidade em Saúde’, ‘Redes de Atenção à Saúde’, ‘Participação Social’, ‘Primary Health Care’, ‘Health Equity’, ‘Health Inequities’, ‘Social Determinants of Health’, ‘Universal Health Coverage’ e ‘Comprehensive Health Care’. Os termos foram combinados com os operadores booleanos AND e OR, ajustando-se a sintaxe às especificidades de cada fonte.

Foram elegíveis artigos científicos revisados por pares, revisões, estudos observacionais, avaliações de política, ensaios analíticos com contribuição explícita ao tema e documentos oficiais ou institucionais publicados entre janeiro de 2021 e junho de 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Exigiu-se relação direta com pelo menos um dos eixos do estudo e contribuição para compreensão do SUS, de sistemas universais comparáveis ou de determinantes relevantes à equidade. Para documentos institucionais, foram priorizadas publicações de órgãos públicos e organismos multilaterais com autoria, data e finalidade claramente identificadas.

Foram excluídos registros duplicados, editoriais sem contribuição analítica substantiva, textos de opinião sem base empírica ou documental, trabalhos acadêmicos não publicados quando havia artigo correspondente, *preprints* não revisados, documentos anteriores a 2021 e estudos estritamente clínicos sem relação com organização do sistema, desigualdades ou integralidade. Também foram retiradas fontes que, após leitura integral, apresentavam apenas menção periférica ao tema sem oferecer resultados, conceitos ou recomendações úteis à pergunta de pesquisa.

A seleção ocorreu em quatro movimentos. Primeiro, títulos e resumos foram examinados para pertinência temática e recorte temporal. Segundo, os textos potencialmente relevantes foram lidos integralmente. Terceiro, realizou-se extração em matriz analítica contendo autoria, ano, desenho, população ou contexto, dimensão de desigualdade, nível de atenção, principais achados e implicações para política ou gestão. Quarto, os achados foram agrupados por convergência temática e confrontados com documentos institucionais. O corpus final foi constituído por 50 fontes, todas citadas ao longo do artigo e listadas nas referências.

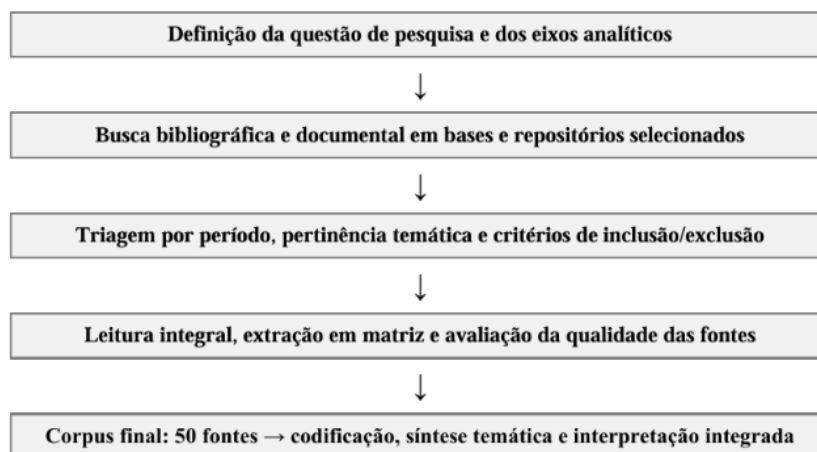
A análise foi conduzida por síntese temática em três etapas: codificação inicial de achados relacionados a barreiras, facilitadores e mecanismos de equidade; agrupamento dos códigos em categorias abrangentes; e interpretação transversal das relações entre categorias. As categorias finais foram: desigualdades estruturais e determinação social; APS como infraestrutura de equidade; regionalização e continuidade; populações vulnerabilizadas e interseccionalidade; crises sociais, ambientais e saúde mental; participação, intersectorialidade, trabalho e digitalização; e governança para transformação social.

A avaliação de qualidade adotou critérios compatíveis com a heterogeneidade das fontes. Para artigos empíricos, consideraram-se clareza da pergunta, adequação do desenho, descrição da amostra ou contexto, coerência entre resultados e conclusão e transparência das limitações. Para revisões, observaram-se pergunta, fontes de busca e critérios de seleção. Para documentos institucionais, foram considerados autoria responsável, processo público de elaboração, escopo e atualização. Não foi aplicada

pontuação única, pois o objetivo era síntese integrativa e não comparação quantitativa entre desenhos.

Por utilizar exclusivamente dados secundários, literatura publicada e documentos de acesso público, sem identificação de participantes ou coleta direta de informações pessoais, o estudo não envolveu intervenção nem recrutamento de seres humanos. Foram respeitados os princípios de integridade científica, rastreabilidade das fontes e correspondência entre citações e referências. Como limitações, reconhecem-se a amplitude temática, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, a possibilidade de perda de publicações não indexadas e a impossibilidade de atribuir peso causal uniforme a resultados derivados de desenhos distintos.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico



Fonte: elaboração própria (2026).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Desigualdades Estruturais e Determinação Social no Processo Saúde-Doença

A síntese evidenciou que a desigualdade em saúde no Brasil não pode ser explicada por um único fator nem enfrentada por uma única política. Os estudos convergem para a existência de gradientes socioeconômicos e territoriais em diferentes etapas do cuidado, desde a procura até a utilização de serviços especializados e o acesso a medicamentos. Embora o SUS reduza barreiras financeiras diretas, persistem custos de deslocamento, tempo, disponibilidade e oportunidade, além de desigualdades relacionadas à cobertura privada e à capacidade dos territórios de ofertar respostas oportunas (Coube *et al.*, 2023; Coube *et al.*, 2023; Vieira *et al.*, 2023).

A segunda implicação é redistributiva. Se territórios com maior vulnerabilidade demandam mais recursos para alcançar resultados equivalentes, alocação baseada predominantemente em produção histórica tende a perpetuar desigualdades. A equidade exige critérios que combinem população, carga de necessidades, dispersão territorial, vulnerabilidade social e capacidade instalada. Essa lógica é coerente com o planejamento nacional e com propostas internacionais de monitoramento da equidade, que recomendam desagregação por grupos e territórios e acompanhamento de determinantes sociais (Brasil, 2024; World Health Organization, 2025).

4.2. Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família Como Infraestrutura de Equidade

Os resultados sustentam a APS como principal infraestrutura organizacional para transformar direito abstrato em acesso contínuo. Sua contribuição à equidade decorre da proximidade territorial, do vínculo e da possibilidade de atuar antes que necessidades se

convertam em urgência ou agravamento. O estudo de Kessler et al. (2021) reforça esse potencial ao relacionar a ESF à redução de desigualdades em mortalidade de pessoas idosas. A modelagem de Basu et al. (2022) também indica que expansão da atenção primária pode contribuir para metas de saúde em grandes cidades.

Contudo, expansão deve ser acompanhada de densidade assistencial. Equipes sem composição adequada, com alta rotatividade, infraestrutura insuficiente ou agendas dominadas por demanda imediata têm menor capacidade para acompanhamento longitudinal e ação comunitária. A política precisa assegurar tempo protegido para planejamento, busca ativa, reuniões de equipe, visitas domiciliares e coordenação. Os achados sobre produtividade municipal sugerem que organização e contexto influenciam o volume de atendimentos, o que recomenda interpretar metas com cautela e considerar qualidade e território (Barros *et al.*, 2025).

Os resultados de saúde infantil em municípios amazônicos analisados por Carneiro *et al.* (2022) ilustram como a expansão da atenção primária pode ter efeitos populacionais quando associada a ações programáticas. A lição para a transformação social é que a APS opera em duas escalas: responde a pessoas e famílias e, ao mesmo tempo, organiza intervenções coletivas. Vacinação, acompanhamento pré-natal, controle de hipertensão, vigilância nutricional e atenção domiciliar produzem efeitos mais amplos quando articulados por território.

A experiência da pandemia reforçou a necessidade de recuperar a continuidade. Estudo sobre organização do cuidado na ESF antes e após a COVID-19 evidenciou desafios para retomar atividades e reorganizar processos. A resiliência da APS depende de preservar

funções essenciais durante crises, combinar resposta a emergências com atenção às condições crônicas e utilizar informação para identificar atrasos acumulados. A reconstrução não deve ser simples retorno ao modelo anterior, mas oportunidade para integrar vigilância, cuidado e comunicação comunitária (Carvalho *et al.*, 2025; Bigoni *et al.*, 2022).

4.3. Regionalização, Redes de Atenção e Acesso a Cuidados Especializados

A análise revelou que a integralidade é frequentemente interrompida nas transições entre pontos de atenção. A APS identifica necessidades e inicia cuidado, mas a ausência de acesso oportuno a especialidades, diagnóstico, hospital ou reabilitação pode reduzir sua resolutividade. Configurações regionais heterogêneas exigem governança que articule municípios com capacidades distintas e defina responsabilidades. O estudo de Chaves, Andrade e Santos (2024) demonstra que redes apresentam combinações diversas de cobertura básica e hospitalar, demandando planejamento regional baseado em fluxos reais.

A regulação deve ser compreendida como função clínica e de gestão do cuidado, não apenas como administração de filas. Critérios transparentes de prioridade, protocolos compartilhados, comunicação entre equipes e retorno de informação podem reduzir perdas de seguimento. Iniquidades no acesso a serviços especializados após a pandemia sugerem que grupos mais favorecidos conseguem navegar com maior facilidade em sistemas complexos, o que torna indispensável apoio ativo à trajetória do usuário (Vieira *et al.*, 2023).

O acesso a medicamentos é parte inseparável da rede. As desigualdades encontradas por Boing et al. (2022) indicam que prescrever não garante tratamento. Planejamento de compras, logística, informação sobre disponibilidade, alternativas terapêuticas e coordenação entre farmácia e equipe clínica precisam ser avaliados como componentes de continuidade. A assistência farmacêutica, quando integrada à APS e às linhas de cuidado, pode reduzir interrupções e identificar dificuldades de adesão associadas a barreiras econômicas ou organizacionais.

Nas redes de atenção à pessoa com deficiência, os resultados apontam a necessidade de superar organização centrada apenas em serviços especializados. A reabilitação deve estar articulada à atenção primária, ao cuidado domiciliar, à educação e à proteção social. Estudos de implantação identificam diferenças regionais, dependência de coordenação e necessidade de participação dos usuários. O relatório global da OMS reforça que sistemas devem incluir acessibilidade física, comunicação, informação e governança inclusiva como parte da equidade (Mota; Bousquat, 2023; Ribeiro *et al.*, 2023; World Health Organization, 2022b).

A regionalização precisa reconhecer a geografia real. Municípios rurais remotos desafiam modelos baseados em distâncias médias ou oferta concentrada. A análise de Fausto et al. (2023) mostra que acesso integral nesses contextos depende de arranjos flexíveis, transporte, permanência de profissionais e articulação com centros de referência. Sistemas digitais podem apoiar comunicação e teleconsultoria, mas não substituem a infraestrutura necessária para exame, tratamento e remoção quando indicados.

4.4. Racismo, Deficiência, Gênero e Territórios Vulnerabilizados: Uma Agenda Interseccional

As evidências mostram que políticas universais precisam ser capazes de reconhecer diferenças sem transformar grupos em categorias homogêneas. A população negra, pessoas com deficiência, moradores de áreas rurais remotas e outros grupos vulnerabilizados apresentam necessidades diversas e experiências distintas de acesso. O desafio é incorporar marcadores sociais em planejamento, formação, informação e avaliação, sem estigmatizar usuários. A perspectiva interseccional oferece uma ferramenta para analisar como diferentes relações de poder se combinam e produzem barreiras específicas (Barbosa; Oliveira; Oliveira, 2024).

No enfrentamento do racismo, recomenda-se articular quatro frentes: produção de dados de qualidade com preenchimento adequado de raça/cor; qualificação de profissionais e gestores; revisão de fluxos e protocolos para identificar desigualdades; e participação de movimentos e usuários. A literatura recente critica a distância entre reconhecimento formal e implementação cotidiana, mostrando que políticas podem existir sem alterar práticas institucionais. A equidade racial deve, portanto, integrar contratos de gestão, indicadores e educação permanente (Anunciação *et al.*, 2022; Bittencourt; Santana; Santos, 2023).

Para pessoas com deficiência, a equidade envolve acessibilidade universal e cuidado baseado em direitos. Barreiras arquitetônicas e comunicacionais podem impedir o primeiro contato, enquanto fragmentação entre serviços dificulta a continuidade. A OMS recomenda integrar inclusão da deficiência em governança, planejamento e monitoramento. Estudos brasileiros sobre a rede de

cuidados apontam que a expansão de serviços especializados precisa ser acompanhada de coordenação regional e articulação com APS (World Health Organization, 2022b; Mota; Bousquat, 2023; Ribeiro *et al.*, 2023).

Nos territórios rurais remotos, estratégias convencionais de acesso podem ser inadequadas. Unidades fluviais, equipes móveis, teleapoio e roteiros de atendimento são possibilidades, mas devem ser combinadas com presença regular e responsabilidade sanitária. A pesquisa sobre municípios rurais remotos mostra que as singularidades espaciais influenciam organização e acesso à atenção integral, justificando financiamento diferenciado e planejamento baseado no território (Fausto *et al.*, 2023).

4.5. Saúde Mental, Insegurança Alimentar e Emergência Climática

A revisão evidenciou que o cuidado integral precisa incorporar crises sociais e ambientais como parte da agenda sanitária. A saúde mental é exemplo central: necessidades elevadas coexistem com respostas insuficientes e fragmentadas. O relatório mundial recomenda reorganizar ambientes, fortalecer serviços comunitários e integrar saúde mental à atenção primária. Revisões sobre promoção da saúde mental de pessoas idosas também indicam relevância de ações grupais, atividade comunitária e apoio social, mostrando que promoção e cuidado clínico devem ser articulados (World Health Organization, 2022a; Souza *et al.*, 2022).

A insegurança alimentar conecta renda, trabalho, clima, produção, preço e saúde. A revisão de Alpino *et al.* (2022) aponta impactos das mudanças climáticas sobre produção, acesso e qualidade

nutricional, potencializados por pobreza e desigualdade. Para o SUS, isso exige fortalecer vigilância alimentar e nutricional, identificar famílias em risco, articular encaminhamentos com proteção social e participar de governança intersetorial. A APS pode detectar precocemente efeitos de insegurança alimentar, mas a solução depende de políticas econômicas, sociais e ambientais.

Eventos climáticos extremos testam a resiliência do sistema. Além de trauma e doenças agudas, desastres interrompem tratamentos, deslocam populações, danificam unidades e aumentam sofrimento mental. Análises do desastre no Rio Grande do Sul enfatizam a natureza sistêmica da crise climática e a necessidade de preparar vigilância, atenção, logística e proteção social. A resiliência não é mera capacidade de retornar ao estado anterior; envolve aprender, adaptar infraestrutura e reduzir vulnerabilidades que tornam certos grupos mais expostos (Freitas; Barcellos, 2024; World Health Organization, 2021).

A integração entre vigilância e APS é estratégica em emergências e no cotidiano. Sistemas de saúde mais resilientes conseguem compartilhar informação, preservar serviços essenciais e adaptar recursos segundo risco. A experiência brasileira durante a COVID-19 mostrou capacidade do SUS, mas também impactos da descoordenação e das desigualdades. O fortalecimento pós-crise deve consolidar redes locais de vigilância, comunicação de risco, vacinação, monitoramento de condições crônicas e apoio comunitário (Bigoni *et al.*, 2022; Pan American Health Organization, 2021).

4.6. Participação Social, Intersetorialidade, Força de Trabalho e Saúde Digital

A participação social apareceu como mecanismo de democratização e também como fonte de conhecimento sobre barreiras. Estudos sobre controle social mostram que conselhos e outros espaços enfrentam dificuldades para transformar deliberações em decisões executivas, mas permanecem essenciais para fiscalização e definição de prioridades. A análise dos planos municipais de saúde evidencia variação na participação durante sua elaboração, indicando necessidade de institucionalizar processos de escuta e de tornar a informação orçamentária e epidemiológica acessível (Gomes; Orfão, 2021; Santos *et al.*, 2023).

A gestão participativa territorial pode complementar as instâncias formais. Experiências na APS indicam que processos de diagnóstico compartilhado e pactuação local fortalecem confiança e capacidade de resposta. Revisões sobre participação comunitária na ESF destacam diferentes enfoques históricos, mostrando que a relação entre equipe e comunidade pode variar de participação instrumental a construção mais autônoma de decisões. Para produzir transformação social, a participação precisa ter consequência prática e retorno aos participantes (Engstrom; Silva, 2022; Cruz *et al.*, 2025).

A intersetorialidade, por sua vez, exige governança e não apenas encaminhamento. Quando saúde identifica insegurança alimentar, violência ou necessidade de proteção social, a resposta depende de fluxos pactuados e corresponsabilidade. A Agenda 2030 é útil porque organiza objetivos interdependentes e favorece planejamento de territórios sustentáveis e saudáveis. Contudo, agendas globais só produzem efeito quando traduzidas em metas locais, indicadores desagregados e orçamento (Martins *et al.*, 2024; Miranda *et al.*, 2023).

A força de trabalho é condição para qualquer estratégia. Distribuição desigual, rotatividade e sobrecarga reduzem vínculo e continuidade. A política regional sobre força de trabalho em saúde propõe fortalecer planejamento, educação e distribuição para sistemas resilientes. No contexto brasileiro, é necessário combinar provimento, carreira, educação permanente e suporte às equipes, especialmente em áreas remotas. A simples expansão de vagas sem retenção e apoio organizacional tende a produzir ciclos de descontinuidade (Pan American Health Organization, 2023; Fausto *et al.*, 2023).

4.7. Síntese Estratégica para Transformação Social e Fortalecimento do Cuidado Integral

A integração dos achados permitiu identificar sete estratégias articuladas. A primeira é adotar financiamento redistributivo, previsível e baseado em necessidades, protegendo territórios de maior vulnerabilidade. A segunda é consolidar a ESF como modelo prioritário de APS, com equipes completas, vínculo territorial e capacidade de acompanhamento longitudinal. A terceira é organizar redes regionalizadas com regulação clínica, informação compartilhada e responsabilização pelo percurso do usuário. Esses eixos respondem diretamente às desigualdades de uso, necessidade não atendida e fragmentação observadas na literatura (Coube *et al.*, 2023 – é 2023a ou b?; Mendonça *et al.*, 2023; Chaves; Andrade; Santos, 2024).

A quarta estratégia é institucionalizar a equidade no ciclo de gestão. Isso significa desagregar indicadores por renda, raça, gênero, deficiência e território; estabelecer metas de redução de diferenças; avaliar experiência dos usuários; e realizar revisão periódica da

alocação. A quinta é fortalecer participação social com acesso a informação e capacidade de influência, articulando conselhos e conferências a processos territoriais de escuta. Equidade e democracia são dimensões interdependentes de um sistema público que precisa aprender com diferenças e prestar contas de suas escolhas (Machado, 2024; Gomes; Orfão, 2021).

A sexta estratégia é valorizar e distribuir a força de trabalho. Equipes estáveis sustentam vínculo, memória institucional e capacidade de coordenação. Políticas de provimento devem vir acompanhadas de carreira, formação interprofissional, apoio clínico e condições de trabalho. A sétima estratégia é orientar transformação digital por necessidades de cuidado, interoperabilidade e inclusão. Tecnologia tem valor quando reduz fragmentação, apoia decisões e amplia acesso sem criar novas barreiras (Pan American Health Organization, 2023; Soibelman; Fornazin; Albuquerque, 2025).

Os achados sobre qualidade da atenção primária também indicam que investimentos precisam ser avaliados em termos de efetividade. Estudo recente encontrou relação entre qualidade e efetividade da atenção primária e indicadores de hospitalização, reforçando que a APS deve ser analisada pelo que consegue prevenir, acompanhar e resolver, e não somente pela cobertura. Esse enfoque aproxima financiamento de resultados relevantes para pessoas e para o sistema (Freitas; Antiga; Sarti, 2025).

A saúde mental, segurança alimentar e crise climática demonstram por que a intersetorialidade precisa entrar no núcleo do planejamento. A APS pode identificar e acompanhar impactos, mas ações sobre determinantes exigem coordenação com políticas sociais e ambientais. A agenda de territórios saudáveis e

sustentáveis pode funcionar como plataforma de governança para metas compartilhadas, com indicadores que conectem condições de vida e saúde (Alpino *et al.*, 2022; Martins *et al.*, 2024).

A capacidade de transformar desigualdades também depende de estabilidade institucional. O SUS mostrou resiliência durante crises, mas respostas sustentáveis exigem coordenação interfederativa, planejamento e confiança pública. A análise de 35 anos do sistema destaca avanços e desafios de sustentabilidade e equidade, enquanto estudos da pandemia evidenciam a importância da infraestrutura pública e da capacidade de adaptação. A transformação social não ocorre por um programa isolado; resulta de decisões persistentes sobre financiamento, governança, trabalho e participação (Ortega; Pele, 2023; Bigoni *et al.*, 2022).

Em síntese, os resultados sugerem que o cuidado integral funciona como critério de organização e como medida de justiça social. Quando o usuário recebe atenção oportuna, contínua, coordenada e respeitosa, o sistema reduz parte dos efeitos das desigualdades e fortalece cidadania. Quando trajetórias são fragmentadas, as vantagens econômicas e sociais passam a determinar quem consegue navegar melhor, obter recursos adicionais ou suportar a espera. Fortalecer o SUS, portanto, implica reduzir a dependência da capacidade individual de superar barreiras e ampliar a responsabilidade pública pelo percurso de cuidado (Coube *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2024).

A contribuição central da síntese é indicar que equidade e integralidade não são agendas concorrentes. A primeira orienta quem necessita de mais proteção e como distribuir recursos; a segunda organiza o modo como necessidades são reconhecidas e

acompanhadas ao longo do tempo. Juntas, sustentam um modelo de transformação social no qual a saúde coletiva atua sobre serviços e determinantes, articula conhecimento técnico e participação social e converte território em unidade concreta de planejamento.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcança o objetivo de analisar estratégias para enfrentar desigualdades e fortalecer o cuidado integral no SUS ao demonstrar que a transformação social em saúde depende da articulação entre políticas universais robustas e mecanismos explícitos de equidade. A síntese evidencia que desigualdades persistem em diferentes etapas do cuidado e que sua redução requer intervenção simultânea sobre condições de vida, distribuição de recursos, organização dos serviços e relações institucionais.

O fortalecimento territorial da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família constitui o eixo organizador dessa agenda. Equipes estáveis, completas e responsáveis por populações definidas ampliam a possibilidade de reconhecer necessidades, realizar busca ativa, acompanhar condições crônicas e coordenar trajetórias. Entretanto, a atenção primária só produz integralidade quando se conecta a redes regionalizadas, regulação clínica, diagnóstico, atenção especializada, medicamentos, hospital, reabilitação e proteção social.

A equidade deve ser incorporada ao ciclo de gestão. Isso implica financiamento redistributivo, dados desagregados, metas de redução de diferenças, acessibilidade, enfrentamento do racismo institucional e adaptação territorial. Populações submetidas a barreiras sobrepostas não podem depender de projetos temporários

nem de esforços individuais para navegar pelo sistema. O SUS precisa assumir responsabilidade ativa pela continuidade do cuidado e pela remoção de obstáculos previsíveis.

Participação social, força de trabalho e transformação digital são capacidades transversais. A participação precisa influenciar decisões e receber devolutiva; a força de trabalho necessita de provimento, retenção, formação e condições adequadas; e a digitalização deve ser interoperável, segura e inclusiva. Quando orientadas pelo cuidado, essas capacidades ampliam coordenação e inteligência territorial. Quando tratadas isoladamente, podem aumentar burocracia ou reproduzir desigualdades.

Conclui-se que enfrentar desigualdades e fortalecer o cuidado integral exige um SUS financeiramente sustentável, territorialmente orientado, regionalmente coordenado e democraticamente governado. A transformação social ocorre quando necessidades de grupos e territórios orientam decisões concretas de orçamento, organização e avaliação, e quando a universalidade é materializada em acesso oportuno, continuidade, resolutividade e respeito. Essa agenda depende de ação persistente, intersetorial e baseada em evidências, capaz de proteger conquistas do sistema e ampliar sua potência redistributiva.

Como limitação, a amplitude temática e a heterogeneidade dos estudos impedem comparação quantitativa direta entre todas as estratégias. Ainda assim, a convergência dos achados permite afirmar que ações isoladas têm menor probabilidade de reduzir desigualdades quando não modificam financiamento, redes, processos de trabalho e mecanismos de participação. Pesquisas futuras devem avaliar combinações de intervenções em territórios

concretos, com indicadores de equidade, continuidade, experiência do usuário e resultados de saúde, contribuindo para decisões cada vez mais responsivas às necessidades da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADÃO, Izaltina *et al.* Estudos de avaliação em promoção da saúde na atenção primária: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 147, e10344, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710344P>.

ALPINO, Tais de Moura Ariza *et al.* Os impactos das mudanças climáticas na Segurança Alimentar e Nutricional: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 273-286, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.05972020>.

ANUNCIAÇÃO, Diana *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3861-3870, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022>.

BARBOSA, Ana Cláudia; OLIVEIRA, Simone Santos; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Vulnerabilidades mediando o encontro do Cuidado em Saúde: por uma agência interseccional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e04352024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04352024>.

BARROS, Rafael Damasceno de Andrade *et al.* Distribuição geográfica e fatores associados com a produtividade de médicos e enfermeiros na atenção primária brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, e11452024, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.11452024>.

BASU, Sanjay *et al.* Contribution of primary care expansion to Sustainable Development Goal 3 for health: a microsimulation of the 15 largest cities in Brazil. **BMJ Open**, London, v. 12, n. 1, e049251, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049251>.

BIGONI, Alessandro *et al.* Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: an analysis of resilience. **The Lancet Regional Health – Americas**, Amsterdam, v. 10, 100222, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>.

BITTENCOURT, Liliane de Jesus; SANTANA, Karine de Souza Oliveira; SANTOS, Débora Santa Mônica. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 31-41, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>.

BOING, Alexandra Crispim *et al.* Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, e00114721, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027>. Acesso em: 5 jul. 2026.

CARNEIRO, Verônica Carvalho de Brito *et al.* Impact of expansion of primary care in child health: a population study in municipalities in the Brazilian Amazon. **BMJ Open**, London, v. 12, n. 3, e048897, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048897>.

CARVALHO, Renan dos Santos de *et al.* Modelo de Atenção na Estratégia Saúde da Família: o cuidado antes e após pandemia por COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, e00672025, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025305.00672025>.

CHAVES, Lenir Aparecida; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; SANTOS, Alaneir de Fátima. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e18392022, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.18392022>.

COELHO, Rony *et al.* Racial inequalities in access to healthcare services in Brazil (2019): a decomposition analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 25, 1573, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13527-6>.

COUBE, Maíra *et al.* Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. **The Lancet Regional Health – Americas**, Amsterdam, v. 19, 100426, 2023b. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100426>.

COUBE, Maíra *et al.* Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998-2019). **International Journal for Equity in Health**, London, v. 22, 25, 2023a. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01828-3>.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro *et al.* Participação comunitária na Estratégia Saúde da Família: aspectos históricos, teóricos e metodológicos de sua implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e09462025, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.09462025>.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; SILVA, Vanessa Costa e. Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 4, p. 120-130, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E409>.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220382pt, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>.

FERNANDEZ, Michelle *et al.* O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde: modelos, desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 148, e10924, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202614810924P>.

FREITAS, Bruna Leão; ANTIGA, Maria Luisa de Oliveira Collino; SARTI, Flávia Mori. Effects of Primary Healthcare Quality and Effectiveness on Hospitalization Indicators in Brazil. **Journal of Market Access & Health Policy**, Basel, v. 13, n. 2, art. 21, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/jmahp13020021>.

FREITAS, Carlos Machado de; BARCELLOS, Christovam. Desastre no Rio Grande do Sul, Brasil: crise climática, resposta do Sistema Único de Saúde e desafios dos novos tempos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, e00114424, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114424>.

GOMES, José Felipe de Freitas; ORFÃO, Nathalia Halax. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS:

revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021.

GUEDES, Gabriela Rodrigues *et al.* COVID-19 in Brazilian cities: impact of social determinants, coverage and quality of primary health care. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 16, n. 9, e0257347, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257347>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2024. IBGE, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/>. Acesso em: 5 jul. 2026.

KESSLER, Marciane *et al.* Family Health Strategy, Primary Health Care, and Social Inequalities in Mortality Among Older Adults in Bagé, Southern Brazil. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 111, n. 5, p. 927-936, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306146>.

MACHADO, Cristiani Vieira. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e02192024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024>.

MARTINS, Ana Luiza Jorge *et al.* A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. especial 1, e8828, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18828P>.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia

Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>.

MIRANDA, Wanessa Debôrtoli de *et al.* Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, e00119022, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022>.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos; BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, e220608pt, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220608pt>.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de *et al.* Mais Saúde da Família: a reconstrução da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e16632025, 2025.

OLIVEIRA, Thaís Santos; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e04932024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>.

ORTEGA, Francisco; PELE, Antonio. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. **The Lancet Regional Health – Americas**, Amsterdam, v. 28, 100631, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100631>.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Policy on the Health Workforce 2030:** Strengthening Human Resources for Health to Achieve Resilient Health Systems. Document CD60/6. PAHO, Washington, DC, 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Strategy for Building Resilient Health Systems and Post-COVID-19 Pandemic Recovery to Sustain and Protect Public Health Gains.** Document CD59/11. PAHO, Washington, DC, 2021.

RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva *et al.* Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, e00186122, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT186122>.

RODRIGUES, Mariana Ramos; SOUSA, Maria Fátima. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 242-252, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos *et al.* Participação social na elaboração dos planos municipais de saúde em capitais brasileiras durante a pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 3609-3617, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.20482022>.

SOIBELMAN, Gustavo; FORNAZIN, Marcelo; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. Saúde digital na Atenção Primária à Saúde no Brasil: experiências desenvolvidas no Sistema Único de Saúde entre

2018 e 2022. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. esp. 1, e10000, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E110000P>.

SOUZA, Aline Pereira de *et al.* Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1741-1752, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>.

SOUZA, Jhoyce S. *et al.* Users' Perceptions of Access to and Quality of Unified Health System Services in Brazil: a cross-sectional study and implications to healthcare management challenges. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 21, n. 6, 721, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21060721>.

VENTURA, Maria Williany Silva *et al.* Social determinants and access to health services in patients with COVID-19: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, e20230324, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0324en>.

VIEIRA, Yohana Pereira *et al.* Socioeconomic inequities in specialized health services use following COVID-19 in individuals from Southern Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 23, 542, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09476-7>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Primary health care measurement framework and indicators**: monitoring health systems through a primary health care lens. World Health Organization, Geneva, 2022. ISBN 978-92-4-004421-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK. **Tracking Universal Health Coverage:** 2023 global monitoring report. World Health Organization, Geneva, 2023. ISBN 978-92-4-008037-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond:** WHO position paper. World Health Organization, Geneva, 2021. WHO Reference Number: WHO/UHL/PHC-SP/2021.01.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities.** World Health Organization, Geneva, 2022b. ISBN 978-92-4-006360-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all.** World Health Organization, Geneva, 2022a. ISBN 978-92-4-004933-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity.** World Health Organization, Geneva, 2025. ISBN 978-92-4-010758-8.

¹ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6773-2031>.

³ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8553-4666>.

⁴ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3577-4972>.

⁵ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁶ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1890-9602>.

⁸ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3180-2050>.

⁹ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2101-0091>.

¹⁰ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3863-3579>.

¹¹ Discente do Curso Superior de enfermagem do Centro Universitário de Patos-UNIFIP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Mestre em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tecnólogo em Radiologia pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Especialista em Radioterapia pela Faculdade de Tecnologia do Amapá (FATAP) e Especialista em Metodologias Ativas, Saúde Pública e Saúde Coletiva pela FACEMINAS. Docente/Pesquisador vinculado ao Centro Universitário de Patos (UNIFIP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8888-0932>

