

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

**SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND INEQUALITIES IN ACCESS TO
HEALTH SERVICES IN BRAZIL**

Ciências da Saúde • 02/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785525373](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785525373)

Rosemeire Rodrigues¹

Jitana Carla da Silva Oliveira²

Luzinete Rezende da Incarnação³

Claudia de Kassia Vendimiatti⁴

Andreza Mendonça da Silva⁵

Denise Maria Ferreira e Ferreira⁶

Juliana Ferreira Nunes Romão⁷

Irenilda Alves Ribeiro Rosa⁸

Luciene da Silva Leite Guedes⁹

Janaina Aparecida de Paula¹⁰

Osani Maria de Souza¹¹

Anderson Marques dos Anjos¹²

Renata Cellys Oliveira de Moraes Ferreira¹³

Luiz Henrique Cardozo Batista¹⁴

RESUMO

Os determinantes sociais da saúde condicionam a distribuição das necessidades e a capacidade de utilizar serviços, produzindo diferenças evitáveis entre grupos e territórios. Este artigo analisou como esses determinantes estruturam desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil e sintetizou implicações para políticas orientadas pela equidade. Realizou-se revisão integrativa, qualitativa e documental em SciELO, BVS/LILACS, PubMed/MEDLINE e portais institucionais, incluindo 50 publicações de 2021 a julho de 2026. Os achados foram organizados por análise temática. Identificaram-se gradientes relacionados à renda e escolaridade; persistência de inequidades raciais e de gênero; barreiras territoriais, de transporte e regionalização; obstáculos para pessoas com deficiência e população LGBTQIA+; desigualdades no acesso a medicamentos, atenção especializada e prevenção; e riscos de exclusão digital. O Sistema Único de Saúde exerce função redistributiva e reduz parte das diferenças, porém cobertura formal não assegura cuidado oportuno, contínuo e resolutivo. Conclui-se que a redução das iniquidades exige financiamento ajustado às necessidades, fortalecimento da atenção primária e das redes regionais, transporte sanitário, práticas antirracistas e inclusivas, acessibilidade, navegação do cuidado, inclusão digital e monitoramento de indicadores desagregados.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; Acesso aos serviços de saúde; Desigualdades em saúde; Sistema Único de Saúde; Equidade em saúde.

ABSTRACT

Social determinants of health shape the distribution of needs and the ability to use services, producing avoidable differences among groups and territories. This article analyzed how these determinants

structure inequalities in access to health services in Brazil and synthesized implications for equity-oriented policies. A qualitative integrative and documentary review was conducted in SciELO, BVS/LILACS, PubMed/MEDLINE and institutional portals, including 50 publications from 2021 to July 2026. Findings were organized through thematic analysis. Gradients related to income and education, persistent racial and gender inequities, territorial, transportation and regionalization barriers, obstacles affecting persons with disabilities and the LGBTQIA+ population, inequalities in access to medicines, specialized care and prevention, and risks of digital exclusion were identified. The Brazilian Unified Health System plays a redistributive role and mitigates some differences; however, formal coverage does not ensure timely, continuous and effective care. Reducing inequities requires needs-based financing, stronger primary care and regional networks, health transportation, anti-racist and inclusive practices, accessibility, care navigation, digital inclusion and monitoring of disaggregated indicators.

Keywords: Social determinants of health; Health services accessibility; Health inequalities; Brazilian Unified Health System; Health equity.

1. INTRODUÇÃO

Os determinantes sociais da saúde correspondem às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas econômicos, políticos e institucionais que distribuem poder, renda, recursos e oportunidades. Essa perspectiva desloca a análise da saúde para além do risco individual e demonstra que a ocorrência de doenças, a capacidade de prevenção e a possibilidade de utilizar serviços em tempo oportuno são socialmente produzidas. A literatura contemporânea também

distingue desigualdade, entendida como diferença mensurável, de iniquidade, que designa diferenças evitáveis, injustas e sistematicamente associadas a posições sociais desvantajosas (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2025).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde consolidaram a universalidade como direito e atribuíram ao Estado a responsabilidade de organizar ações de promoção, prevenção, reabilitação e assistência na perspectiva da integralidade. Entretanto, a cobertura jurídica universal não elimina as barreiras que se manifestam na entrada, na continuidade e na qualidade do cuidado. A disponibilidade desigual de profissionais, serviços diagnósticos, medicamentos, transporte sanitário e atenção especializada produz trajetórias distintas entre regiões, municípios e grupos sociais, enquanto a presença do setor privado cria oportunidades adicionais para parcelas da população com maior renda e escolaridade (Brasil, 2024a; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024a; Coube *et al.*, 2023a).

As pesquisas baseadas em inquéritos nacionais mostram que renda, escolaridade, situação ocupacional, posse de plano de saúde e local de residência influenciam a procura, o uso e o atendimento das necessidades de saúde. Embora o SUS reduza parte das desigualdades por ofertar atenção primária, vacinação, medicamentos e procedimentos sem pagamento direto, pessoas em estratos socioeconômicos inferiores continuam mais expostas a necessidades não atendidas, gastos do próprio bolso e adiamento do cuidado. Essas diferenças são particularmente relevantes em um país marcado por elevada concentração de renda, insegurança laboral e disparidades territoriais persistentes (IBGE, 2024; Coube *et al.*, 2023b; Boing *et al.*, 2022).

Historicamente o quesito, raça/cor estrutura oportunidades e riscos no ciclo de vida e interage com gênero, renda e território. Pessoas negras apresentam maior exposição a condições precárias de trabalho e moradia, menor cobertura de planos privados e maior dependência do SUS, além de relatarem dificuldades de acesso e experiências discriminatórias com maior frequência. Entre mulheres, os efeitos do racismo estrutural e das desigualdades de gênero podem ocorrer simultaneamente, repercutindo no pré-natal, na prevenção de cânceres, na saúde sexual e reprodutiva e na qualidade da comunicação clínica (IBGE, 2022; Cobo; Cruz; Dick, 2021; Constante; Bastos, 2021; Coelho *et al.*, 2025).

O território também determina o acesso porque a distribuição da oferta de saúde acompanha a capacidade fiscal, a densidade populacional, a infraestrutura de transportes e a disponibilidade de profissionais. Municípios rurais remotos e áreas amazônicas podem depender de longos deslocamentos terrestres, fluviais ou aéreos para consultas e exames especializados, o que aumenta custos indiretos, tempo de espera e risco de descontinuidade. Nessas localidades, a regionalização é indispensável, mas enfrenta dificuldades de governança, escala e integração entre atenção primária, regulação e serviços de referência (Almeida *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2022).

Outras condições de vulnerabilização acrescentam barreiras específicas. Pessoas com deficiência encontram unidades sem acessibilidade física, equipamentos inadequados e comunicação pouco inclusiva; pessoas LGBTQIAPN+ podem evitar serviços em razão de estigma, invisibilidade institucional ou receio de discriminação; e usuários com baixa conectividade ou reduzida alfabetização digital podem ser excluídos de estratégias de

telessaúde. Esses obstáculos evidenciam que tratar igualmente situações desiguais não produz equidade e que os serviços precisam realizar adaptações razoáveis e cuidados culturalmente seguros (World Health Organization, 2022; Kuper *et al.*, 2024; Caetano *et al.*, 2024; Nakayama *et al.*, 2023).

A pandemia de COVID-19 tornou mais visível a articulação entre condições sociais, organização dos serviços e desfechos. Estudos conduzidos no Nordeste associaram o acesso à idade, cor da pele, escolaridade, renda, emprego, proximidade dos serviços e meio de transporte, confirmando que crises sanitárias ampliam desvantagens preexistentes. Ao mesmo tempo, a expansão da telessaúde mostrou potencial para reduzir deslocamentos, mas também expôs o risco de aprofundar desigualdades quando infraestrutura, dispositivos e competências digitais não são distribuídos de forma equitativa (Ventura *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2023; Gallegos-Rejas *et al.*, 2023).

Revisões recentes assinalam que as desigualdades de acesso na América Latina assumem expressões econômicas, geográficas, organizacionais, culturais e identitárias, porém os estudos frequentemente analisam esses eixos de modo isolado. No caso brasileiro, permanece necessária uma síntese que articule determinantes estruturais, mecanismos de produção das barreiras e respostas do sistema de saúde, especialmente diante das mudanças recentes na agenda de equidade, no financiamento e na organização da atenção especializada (Oliveira; Pereira, 2024; Ribeiro *et al.*, 2024; Miranda *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, o objetivo deste artigo é analisar como os determinantes sociais da saúde estruturam desigualdades no

acesso aos serviços de saúde no Brasil, sintetizando evidências recentes sobre os grupos mais afetados, os principais mecanismos de exclusão e as implicações para políticas públicas orientadas pela equidade.

A relevância do estudo reside na possibilidade de integrar achados dispersos e oferecer uma leitura orientada para a tomada de decisão, reconhecendo o papel protetivo do SUS e, simultaneamente, os limites que impedem a conversão da universalidade formal em acesso oportuno, contínuo, resolutivo e de qualidade. A análise está organizada em fundamentação conceitual, descrição metodológica, síntese temática dos resultados e proposição de prioridades para gestão, assistência e pesquisa (World Health Organization, 2025; Brasil, 2024a).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Determinantes Sociais, Equidade e Produção Social da Saúde

O conceito de determinantes sociais da saúde reúne fatores estruturais e intermediários. Os primeiros incluem modelo de desenvolvimento, políticas fiscais e sociais, relações de poder, racismo, sexismo e posição socioeconômica; os intermediários abrangem moradia, alimentação, trabalho, ambiente, apoio social, comportamentos e acesso aos sistemas de saúde. O efeito desses componentes não é linear: as desvantagens se acumulam ao longo do curso de vida e podem se reforçar mutuamente. Por essa razão, monitorar apenas médias nacionais oculta gradientes e impede identificar quem permanece à margem dos ganhos sanitários (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2025).

A equidade em saúde exige que recursos e respostas sejam proporcionais às necessidades. Isso significa que serviços universais devem incorporar estratégias seletivas para territórios e grupos submetidos a maiores barreiras, sem transformar a focalização em substituto da universalidade. A abordagem de universalismo proporcional combina cobertura para toda a população com intensidade diferenciada de ações, financiamento, busca ativa e apoio social. Essa lógica é coerente com o princípio constitucional da equidade e com a recomendação internacional de integrar indicadores sociais aos processos de planejamento, orçamento e avaliação (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024b; Ribeiro *et al.*, 2024).

No plano analítico, o acesso é multidimensional. Ele depende da disponibilidade de serviços, acessibilidade geográfica, adequação organizacional, aceitabilidade cultural, capacidade de pagamento e possibilidade de obter benefícios efetivos após a entrada no sistema. Assim, uma consulta realizada não garante acesso integral se o usuário não consegue exames, medicamentos, retorno ou encaminhamento. A avaliação deve considerar necessidade percebida, procura, uso, continuidade, qualidade e resultado, além de experiências de discriminação e custos indiretos, como transporte, perda de renda e cuidado de dependentes (Oliveira; Pereira, 2024; Coube *et al.*, 2023).

2.2. Universalidade do SUS, Regionalização e Capacidade de Resposta

O SUS apresenta ampla capilaridade e constitui o principal mecanismo de proteção para a população sem cobertura privada. A atenção primária, organizada principalmente pela Estratégia Saúde

da Família, atua como porta de entrada e coordenação do cuidado, com potencial para reduzir internações evitáveis, ampliar vacinação e aproximar equipes dos territórios. Contudo, cobertura nominal e qualidade não são equivalentes: equipes incompletas, rotatividade profissional, infraestrutura limitada e fragilidade dos sistemas de informação podem restringir a resolutividade e gerar encaminhamentos tardios (Brasil, 2024; Brasil, 2024).

A regionalização procura articular municípios com diferentes capacidades e distribuir serviços de maior complexidade em redes. Seu desempenho depende de pactuação interfederativa, regulação transparente, transporte sanitário e financiamento compatível com a demanda. Em regiões com baixa densidade populacional, a centralização de procedimentos pode ser tecnicamente necessária, mas produz custos elevados para usuários quando não há apoio de deslocamento e hospedagem. As desigualdades inter-regionais, portanto, não são apenas resultado da distância física; refletem a distribuição histórica de investimentos, profissionais e capacidade administrativa (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; Almeida *et al.*, 2021; Nunes *et al.*, 2022).

A atenção especializada é um ponto crítico porque concentra filas, dependência de prestadores e assimetrias na oferta de exames e consultas. Atrasos entre a solicitação e o atendimento comprometem diagnóstico precoce e continuidade terapêutica, sobretudo para condições crônicas e cânceres. Planos nacionais recentes enfatizam integração da regulação, cuidado compartilhado e redução do tempo de espera, mas a efetividade dessas medidas depende de expansão sustentável da oferta, integração de dados e definição de linhas de cuidado que não transfiram ao usuário a

responsabilidade de navegar sozinho pela rede (Brasil, 2024a; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

Neste sentido, no que se refere as limitações de acesso, importante problematizar que, muitos centros de cuidados, estão muito distantes dos territórios de residência, o que coloca o sujeito social em situação desfavorável ao acesso aos serviços necessários, assim, compreende (Incarnação, et al, 2026).

Assim, os elementos, universalidade, equidade e determinantes sociais, sob a perspectiva da totalidade, propõe um olhar atento, crítico da realidade conjuntural como um todo.

2.3. Classe Social, Escolaridade, Raça/Cor e Gênero

Sob a perspectiva da totalidade social em saúde, renda e escolaridade influenciam tanto a exposição a riscos quanto a capacidade de converter necessidade em uso de serviços. Pessoas com maior renda podem pagar transporte, consultas, exames e medicamentos, dispor de horários de trabalho mais flexíveis e utilizar redes privadas como complemento. O nível de escolaridade, pode ou não, A escolaridade facilitar a compreensão de informações, o reconhecimento de sintomas e a navegação por sistemas administrativos. Em contraste, pobreza, informalidade e insegurança alimentar impõem escolhas entre cuidado e subsistência, elevando o custo de oportunidade de uma consulta (IBGE, 2024; Coube *et al.*, 2023a).

No Brasil, o recorte raça/cor não funciona como variável biológica, mas como marcador de processos históricos de escravização, segregação e distribuição desigual de recursos. Estudos que controlam renda e escolaridade ainda identificam diferenças raciais,

sugerindo a presença de discriminação institucional, concentração territorial de desvantagens e menor responsividade dos serviços. A interseccionalidade permite compreender que mulheres negras, por exemplo, não vivenciam separadamente racismo e desigualdade de gênero: os dois sistemas se articulam na qualidade do pré-natal, na escuta clínica, na vinculação aos serviços e nas possibilidades de prevenção (Constante; Marinho; Bastos, 2021; Cobo; Cruz; Dick, 2021; Lessa *et al.*, 2022).

A desigualdade também se reproduz em ações preventivas. A cobertura média de exames pode crescer enquanto permanecem diferenças por escolaridade, raça/cor e área de residência. Esse padrão indica que a expansão da oferta beneficia primeiro grupos com maior capacidade de informação e mobilização, a menos que sejam implementadas busca ativa, navegação do cuidado, horários ampliados e estratégias territoriais. A equidade requer acompanhar não apenas a quantidade de procedimentos, mas quem é alcançado, em que tempo e com qual continuidade após um resultado alterado (Silva *et al.*, 2023; Santana *et al.*, 2026).

2.4. Território, Deficiência, Diversidade e Exclusão Digital

As barreiras territoriais incluem distância, precariedade de estradas, dependência de transporte fluvial, sazonalidade climática e ausência de oferta local. Famílias rurais podem adiar consultas por custos de deslocamento e incompatibilidade com trabalho agrícola, enquanto moradores de periferias urbanas enfrentam longos trajetos, violência e redes de transporte insuficientes. Nos territórios remotos, a atenção primária precisa combinar equipes estáveis, apoio diagnóstico itinerante, telessaúde, transporte sanitário e pactos

regionais, evitando soluções únicas para realidades heterogêneas (Almeida *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2022).

Para pessoas com deficiência, acessibilidade deve ser compreendida de modo amplo. Rampas e banheiros adaptados são necessários, porém insuficientes sem equipamentos de exame ajustáveis, comunicação em Libras, materiais acessíveis, apoio para deficiência intelectual e atitudes não capacitistas. Auditorias nacionais demonstram avanços na estrutura física, mas apontam desigualdades entre unidades e maior disponibilidade de adaptações em áreas mais favorecidas. A falta de acessibilidade pode impedir cuidados preventivos e odontológicos, agravando condições que seriam evitáveis (Pinto *et al.*, 2021; Kuper *et al.*, 2024; Costa; Santos; Chisini, 2024).

Pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans, travestis, queer, intersexo, assexuais e outras identidades enfrentam barreiras relacionadas ao uso inadequado do nome social, pressupostos heteronormativos, ausência de protocolos e discriminação. Esses fatores reduzem confiança e podem levar à ocultação de informações relevantes ou ao adiamento do cuidado. A literatura brasileira indica necessidade de educação permanente, registro qualificado de orientação sexual e identidade de gênero, oferta de serviços não estigmatizantes e participação social na formulação de políticas (Miskolci *et al.*, 2022; Caetano *et al.*, 2024; Cepas *et al.*, 2026).

A saúde digital pode aproximar especialistas e usuários, apoiar equipes remotas e reduzir custos de deslocamento. Entretanto, acesso à internet, qualidade da conexão, disponibilidade de dispositivos e letramento digital variam por renda, idade e território. Quando agendamento, resultados e orientações migram

exclusivamente para canais digitais, a inovação pode criar uma forma de exclusão. Estratégias equitativas devem manter canais presenciais e telefônicos, oferecer suporte e adotar desenho universal, além de avaliar quem não consegue utilizar a tecnologia (Nakayama *et al.*, 2023; Gallegos-Rejas *et al.*, 2023).

2.5. Medicamentos, Cuidado Preventivo e Linhas de Atenção

O acesso a medicamentos é componente essencial da integralidade, pois a consulta perde efetividade quando o tratamento prescrito não é obtido. Dados nacionais mostram que o SUS é fonte relevante, especialmente para os grupos de menor renda, mas a disponibilidade varia e parte expressiva dos usuários precisa comprar medicamentos. Gastos do próprio bolso podem provocar interrupção, redução de doses e endividamento, sobretudo entre pessoas com doenças crônicas e múltiplas prescrições (Boing *et al.*, 2022; Malta *et al.*, 2021).

Como sinalizado, a transição para os sistemas digitais pode se tornar obstáculos para usuários com baixa ou nenhuma escolaridade. Essa realidade precisa ser problematizada, pois a falsa ideia de que o acesso é universal, sob o argumento que não precisa sair de casa para utilizar os serviços, ignora as limitações individuais, como por exemplo, para acessar os insumos ou medicações nas farmácias de alto custos do estados, é um processo difícil de montar.

Na saúde bucal, a expansão de políticas públicas aumentou a utilização, mas desigualdades socioeconômicas e geográficas permanecem. Pessoas com deficiência apresentam menor uso e maior necessidade acumulada, enquanto adultos com baixa escolaridade e renda tendem a procurar atendimento em situações

de dor. A experiência brasileira mostra que ampliar equipes é importante, porém a redução de iniquidades exige continuidade, integração com a atenção primária e priorização de grupos historicamente excluídos (Galvão; Roncalli, 2021; Costa; Santos; Chisini, 2024; Teixeira; Souza Júnior, 2025).

A prevenção de cânceres ilustra a diferença entre cobertura e percurso assistencial completo. Diretrizes recomendam rastreamento baseado em evidências, confirmação diagnóstica e tratamento oportuno, mas barreiras sociais podem ocorrer em todas as etapas. Desigualdades em exames citopatológicos, mamografia e diagnóstico refletem disponibilidade regional, informação, experiências anteriores, racismo e custos indiretos. Sem sistemas de convocação, rastreamento de faltosos e navegação do cuidado, a oferta oportunística tende a favorecer mulheres com maior escolaridade e acesso regular (World Health Organization, 2021; INCA, 2022; Vale *et al.*, 2021).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, natureza aplicada e caráter exploratório-descritivo, complementada por análise documental de publicações institucionais. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a reunião de estudos observacionais, análises de inquéritos, revisões, avaliações de políticas e documentos oficiais, preservando a diversidade metodológica necessária para examinar um fenômeno multidimensional. A pergunta orientadora, estruturada pela estratégia PCC, foi: no contexto brasileiro, de que modo os determinantes sociais da saúde produzem desigualdades no acesso aos serviços e quais respostas são indicadas pelas evidências

recentes? O componente população correspondeu à população residente no Brasil; o conceito abrangeu determinantes, desigualdades e iniquidades; e o contexto foi o acesso aos serviços de saúde.

As buscas foram realizadas entre 1º e 20 de julho de 2026 nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, com ênfase em LILACS, e PubMed/MEDLINE. Para documentos oficiais, foram consultados os portais da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Instituto Nacional de Câncer. A inclusão de fontes institucionais buscou contemplar marcos de monitoramento, planos nacionais e indicadores que não são integralmente publicados em periódicos, mas orientam a política de saúde.

Foram utilizados descritores controlados e termos livres em português, inglês e espanhol: “Determinantes Sociais da Saúde”, “Iniquidades em Saúde”, “Desigualdades em Saúde”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Equidade em Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “Health Services Accessibility”, “Social Determinants of Health”, “Health Equity”, “Health Inequalities”, “Unified Health System” e “Brazil”. Os termos foram combinados com os operadores booleanos AND e OR, com adaptações à sintaxe de cada base. Buscas adicionais por título e DOI foram executadas para conferir metadados e localizar versões de texto completo.

Os critérios de inclusão foram: publicação entre janeiro de 2021 e julho de 2026; artigo científico, relatório técnico, plano, diretriz ou documento institucional verificável; texto em português, inglês ou espanhol; abordagem do Brasil ou de marco internacional

diretamente aplicável à análise brasileira; e relação explícita com determinantes sociais, acesso, utilização, necessidade não atendida, qualidade, continuidade ou equidade. Foram aceitos estudos que utilizaram dados anteriores a 2021 quando a publicação e a análise eram recentes, situação frequente em pesquisas baseadas nas edições de 2013 e 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde.

Foram excluídos duplicados; publicações anteriores a 2021; textos opinativos sem contribuição analítica ou normativa; estudos sem conexão com o acesso a serviços; materiais sem autoria, data ou origem verificável; resumos sem texto completo; e investigações cujo contexto não permitia inferência pertinente ao Brasil. Em caso de versões em mais de um idioma ou repositório, manteve-se a referência do periódico ou da instituição responsável. A atualidade foi avaliada pela data de publicação, não pela antiguidade da base de dados utilizada pelos autores.

A seleção ocorreu em cinco etapas: identificação das fontes; organização e remoção de duplicidades; leitura de títulos e resumos; leitura integral para avaliação de elegibilidade; e composição do corpus. Como as interfaces das bases e os resultados de buscas dinâmicas podem variar, não se apresentaram contagens agregadas de registros inicialmente recuperados. Após verificação de pertinência, qualidade da fonte e rastreabilidade, o corpus final foi constituído por 50 publicações, todas listadas nas referências e efetivamente mobilizadas na análise.

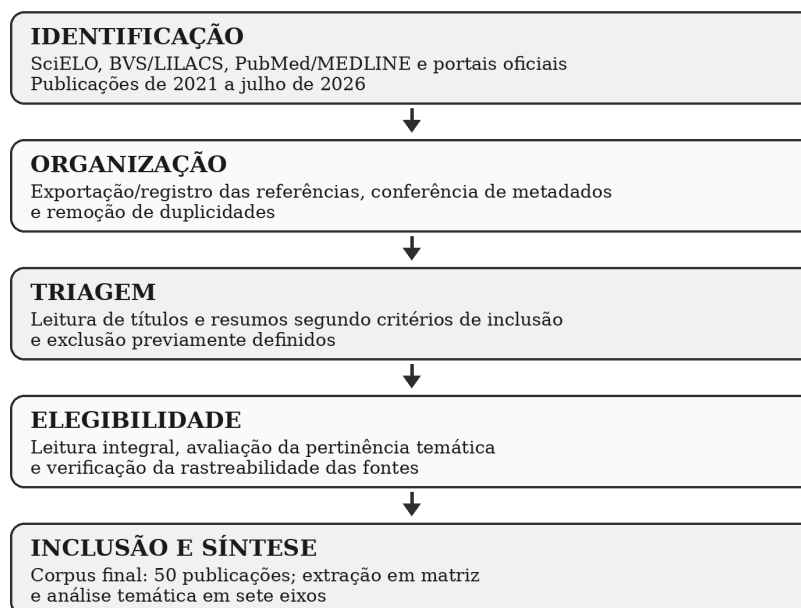


Figura 1. Fluxograma do processo metodológico

Fonte: elaboração dos autores (2026).

Para extração, elaborou-se uma matriz contendo autoria, ano, objetivo, desenho, população ou unidade de análise, fonte de dados, dimensão de acesso, determinantes investigados, principais resultados, limitações e implicações. Os documentos normativos foram examinados quanto a diagnóstico, objetivos, indicadores, mecanismos de implementação e atenção a grupos vulnerabilizados. A síntese foi conduzida por comparação constante, agrupamento de achados convergentes e identificação de contradições, lacunas e mecanismos explicativos.

A análise temática resultou em sete eixos: condições socioeconômicas; raça/cor, gênero e interseccionalidade; território e regionalização; deficiência e diversidade; acesso à atenção primária, especializada e medicamentos; saúde digital; e respostas de políticas públicas. Os resultados quantitativos foram apresentados apenas quando informados pelas fontes, sem metanálise, pois os estudos diferiram em desenho, desfechos, populações e medidas de desigualdade. A interpretação privilegiou gradientes e mecanismos, evitando tratar associações estatísticas como causalidade isolada.

Por utilizar exclusivamente literatura e documentos públicos, sem interação com participantes nem acesso a dados pessoais identificáveis, o estudo não demandou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados os princípios de integridade acadêmica, rastreabilidade das fontes e correspondência entre citações e referências. As limitações incluem a natureza integrativa, que não pretende exaustividade de uma revisão sistemática; heterogeneidade metodológica; possível viés de publicação; concentração de estudos em inquéritos de 2013 e 2019; e menor disponibilidade de avaliações recentes sobre implementação local de políticas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

O corpus reuniu estudos populacionais, análises de inquéritos, revisões, avaliações de serviços e documentos institucionais. Apesar da diversidade metodológica, houve convergência quanto à natureza cumulativa das barreiras: os mesmos grupos que apresentam maior necessidade de saúde frequentemente dispõem de menor capacidade econômica, territorial e institucional para completar o cuidado. O Quadro 1 sintetiza os principais determinantes, mecanismos e respostas identificados.

Quadro 1. Síntese dos determinantes, mecanismos de desigualdade e respostas prioritárias

Dimensão	Mecanismos predominantes	Respostas prioritárias
Renda e escolaridade	Custo indireto, trabalho precário, menor informação e compra de medicamentos.	Financiamento por necessidade, horários flexíveis, navegação e assistência farmacêutica.

Raça/cor e gênero	Racismo institucional, comunicação desigual e sobreposição de vulnerabilidades.	Práticas antirracistas, dados desagregados, protocolos e responsabilização.
Território	Distância, baixa oferta, transporte irregular e fragilidade da regionalização.	Transporte sanitário, redes regionais, oferta itinerante e telessaúde apoiada localmente.
Deficiência e diversidade	Barreiras físicas, comunicacionais, capacitismo, heteronormatividade e estigma.	Acessibilidade ampla, adaptações razoáveis, nome social e educação permanente.
Organização do cuidado	Filas, fragmentação, falta de medicamentos e perda de seguimento.	Coordenação APS-especializada, regulação clínica e linhas de cuidado.
Saúde digital	Conectividade, dispositivos, letramento e privacidade desiguais.	Canais híbridos, suporte assistido, desenho universal e inclusão digital.

Fonte: elaboração dos autores com base no corpus da revisão (2026).

4.1. Condições Socioeconômicas, Necessidade e Capacidade de Utilizar Serviços

A síntese confirma a presença de gradiente socioeconômico em praticamente todas as dimensões do acesso. Grupos de menor renda apresentam maior carga de necessidades, dependem mais do SUS e enfrentam custos indiretos relativamente mais pesados. Em contraste, pessoas com maior renda e plano privado conseguem combinar fontes, reduzir tempos de espera e acessar especialistas e exames com maior flexibilidade. Essa assimetria ajuda a explicar por que a universalidade reduz, mas não elimina, diferenças de

utilização associadas à posição social (Coube *et al.*, 2023a; IBGE, 2024).

A análise de necessidades não atendidas na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 estimou que 3,8% da população apresentou necessidade não atendida de serviços e 7,5% necessidade não atendida de medicamentos. Embora percentuais nacionais possam parecer baixos, sua distribuição é desigual: renda, cobertura privada e condições crônicas explicam parte relevante das diferenças. A necessidade não atendida deve ser interpretada como evento de alto impacto, pois sinaliza que uma pessoa reconheceu ou teve indicada uma necessidade, mas não conseguiu convertê-la em cuidado efetivo (Coube *et al.*, 2023b).

A escolaridade opera por mecanismos materiais e informacionais. Menor escolaridade associa-se a empregos mais precários, menor autonomia para ausentar-se do trabalho e maiores dificuldades para compreender fluxos, formulários e orientações. Ainda que equipes possam compensar essas barreiras por acolhimento e navegação, sistemas complexos tendem a transferir para o usuário a tarefa de coordenar encaminhamentos. A desigualdade se amplia quando são exigidos deslocamentos repetidos, comparecimento em horário comercial ou uso obrigatório de aplicativos (Miranda *et al.*, 2023; Nakayama *et al.*, 2023).

O acesso a medicamentos exemplifica a relação entre renda e efetividade do cuidado. Em 2019, 29,7% dos usuários obtiveram todos os medicamentos prescritos no SUS, enquanto 81,8% os obtiveram considerando todas as fontes; 56,4% precisaram pagar por algum medicamento. O SUS apresentou papel redistributivo, mas a compra direta permaneceu frequente e pode comprometer o orçamento de

famílias pobres. Melhorar programação, logística e continuidade do abastecimento é, portanto, intervenção de equidade e não apenas de gestão farmacêutica (Boing *et al.*, 2022).

Entre pessoas com doenças crônicas, a necessidade de consultas recorrentes, exames e medicamentos aumenta a exposição a falhas de coordenação. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revelou diferenças de utilização conforme presença de condições crônicas e posição social, indicando que maior uso não significa necessariamente cuidado adequado: pode refletir maior morbidade, procura tardia ou fragmentação. A avaliação de equidade precisa combinar necessidade, frequência, continuidade e capacidade de controlar a doença (Brasil, 2021; Malta *et al.*, 2021).

4.2. Raça/Cor, Gênero e Interseccionalidade

As evidências mostram que raça/cor permanece associada ao acesso mesmo após considerar variáveis socioeconômicas. Pessoas negras dependem mais da atenção pública e estão mais expostas a barreiras organizacionais, enquanto a cobertura privada concentra-se entre brancos e estratos de maior renda. Estudos comparando inquéritos nacionais identificaram persistência de inequidades raciais na dificuldade de obter cuidado, apontando que a porta pode estar formalmente aberta sem garantir entrada equivalente para todos (Constante; Marinho; Bastos, 2021; Coelho *et al.*, 2025).

A interseção entre raça, gênero e classe produz experiências distintas. Mulheres negras podem apresentar maior necessidade em razão de condições sociais adversas e, simultaneamente, menor acesso a práticas de qualidade. Na atenção primária, análises nacionais identificaram diferenças no uso segundo gênero e raça,

com maior dependência do SUS entre mulheres negras, mas sem equivalência automática na oportunidade e na experiência do cuidado. A política de equidade racial precisa alcançar protocolos, educação permanente, ouvidorias, dados desagregados e responsabilização institucional (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Brasil, 2025a; Brasil, 2025b).

No pré-natal, mulheres negras tiveram menor probabilidade de início precoce, número adequado de consultas e realização de procedimentos recomendados. As desigualdades não se explicam apenas por comportamento individual: refletem acesso territorial, escolaridade, vínculo com serviços, comunicação e racismo institucional. A continuidade entre pré-natal, maternidade e puerpério deve ser monitorada por raça/cor, com busca ativa e garantia de referência, para impedir que cobertura agregada esconda trajetórias incompletas (Lessa *et al.*, 2022; Cesar *et al.*, 2021).

A vacinação infantil também evidencia obstáculos raciais. Em coorte nacional de crianças nascidas em 2017 e 2018, mães negras relataram mais dificuldades para levar seus filhos e maior frequência de não vacinação mesmo após comparecimento ao serviço; atrasos vacinais foram mais comuns entre crianças de mães negras e pardas. Os achados deslocam a responsabilização da família e apontam falhas de horário, estoque, acolhimento e organização que podem ser corrigidas pelo sistema (Boing *et al.*, 2024).

Na prevenção de cânceres femininos, houve aumento da cobertura do exame de Papanicolaou entre 2013 e 2019, mas persistiram desigualdades segundo escolaridade, raça/cor, região e posse de plano. Pesquisa recente sobre rastreamento e diagnóstico de câncer de mama encontrou maior acesso entre mulheres brancas, urbanas

e mais escolarizadas. A combinação de convite ativo, rastreamento organizado e navegação até o diagnóstico é mais equitativa do que depender exclusivamente da procura espontânea (Silva *et al.*, 2023; Santana *et al.*, 2026; INCA, 2022).

4.3. Território, Regionalização, Ruralidade e Transporte

As desigualdades territoriais aparecem na oferta, no tempo de deslocamento e na capacidade de completar o percurso assistencial. Municípios remotos do semiárido e da Amazônia possuem menor densidade de especialistas, exames e leitos, sendo dependentes de centros regionais. A atenção primária local pode identificar necessidades, mas o acesso efetivo exige regulação e transporte. Quando esses componentes falham, o encaminhamento se transforma em espera indefinida ou gasto privado (Almeida *et al.*, 2021; Nunes *et al.*, 2022).

Estudo sobre deslocamentos em territórios rurais remotos documentou percursos terrestres, fluviais e aéreos, alguns superiores a mil quilômetros e com duração acima de vinte horas. A distância produz perdas de renda, necessidade de acompanhante, despesas com alimentação e hospedagem e exposição a riscos climáticos. Consequentemente, usuários podem desistir, remarcar ou chegar em situação clínica mais grave. A compensação territorial demanda transporte sanitário regular, casas de apoio, teleconsultoria e oferta itinerante planejada (Almeida *et al.*, 2022).

A regionalização precisa equilibrar escala e proximidade. Nem todo município pode manter serviços de alta complexidade, mas toda região deve garantir caminhos previsíveis, tempos máximos e comunicação entre níveis. A concentração de oferta sem apoio

logístico transfere custos ao usuário; a dispersão sem qualidade pode gerar baixa resolutividade. Governança regional, consórcios, financiamento compartilhado e sistemas de regulação interoperáveis são mecanismos para reduzir essa tensão (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; Brasil, 2024).

As diferenças não se limitam à oposição rural-urbano. Periferias metropolitanas podem estar geograficamente próximas de hospitais e, ainda assim, enfrentar filas, transporte insuficiente e barreiras de segurança. A análise municipal do Sul do Brasil mostrou desigualdades de uso mesmo em contexto urbano, reforçando que oferta agregada não revela distribuição intramunicipal. Mapas de tempo de viagem, vulnerabilidade e demanda reprimida devem orientar a alocação de equipes e serviços (Quadra; Schäfer; Meller, 2023).

Variações assistenciais entre unidades federativas também sugerem diferenças não explicadas apenas por necessidades epidemiológicas. A disponibilidade de procedimentos, padrões de encaminhamento e capacidade instalada produz uso desigual. Monitorar variações, ajustar financiamento e difundir práticas de alto valor pode reduzir iniquidades, desde que a padronização preserve adaptações territoriais e não seja utilizada para restringir cuidado necessário (Miranda *et al.*, 2023).

4.4. Deficiência, Diversidade Sexual e de Gênero e Outras Barreiras Específicas

Pessoas com deficiência enfrentam barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais. Auditoria nacional de unidades de atenção primária apontou inadequações de acessibilidade,

enquanto avaliação posterior observou melhora nos escores de cuidado e acessibilidade, mas com diferenças socioeconômicas e territoriais. A existência de rampa não garante exame adequado se faltam maca ajustável, balança acessível, sinalização, recursos de comunicação e profissionais preparados (Pinto *et al.*, 2021; Kuper *et al.*, 2024).

Na saúde bucal, pessoas com deficiência apresentaram desigualdades de utilização em relação às pessoas sem deficiência. A barreira pode envolver transporte, ausência de profissionais capacitados, medo, custo e falta de adaptação. O princípio de adaptação razoável requer tempo clínico ampliado quando necessário, equipamentos apropriados, apoio ao cuidador sem retirar autonomia do usuário e integração com equipes de reabilitação (Costa; Santos; Chisini, 2024).

A população LGBTQIAPN+ relata heteronormatividade, constrangimento e desconhecimento profissional. Revisões e estudos nacionais mostram que o uso da unidade básica é influenciado pela percepção de acolhimento e segurança, e que pessoas trans e travestis encontram barreiras adicionais em testagem, prevenção e cuidado contínuo. A ausência de perguntas respeitosas e de registro adequado torna necessidades invisíveis e limita o planejamento (Miskolci *et al.*, 2022; Caetano *et al.*, 2024; Cepas *et al.*, 2026).

No acesso à testagem rápida para HIV, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens e mulheres trans enfrentam estigma, medo de exposição e dificuldades organizacionais. Serviços comunitários, autoteste, horários flexíveis e equipes treinadas facilitam o acesso, mas precisam estar conectados a confirmação,

prevenção combinada e tratamento. A oferta isolada de tecnologia não resolve barreiras relacionais e institucionais (Toledo *et al.*, 2024). (alguém consegue colocar uma nota de rodapé sobre estigma? Acho que vale a pena)

O perfil epidemiológico de mulheres trans e travestis revela vulnerabilidades acumuladas, elevada exposição a infecções sexualmente transmissíveis e dificuldades de cuidado. As respostas devem superar a concentração exclusiva em HIV e considerar saúde mental, violência, uso de hormônios, prevenção de cânceres e atenção geral. A integralidade exige que a identidade de gênero não seja tratada como diagnóstico e que os serviços reconheçam direitos, nome social e autonomia (Veras *et al.*, 2024).

4.5. Atenção Primária, Atenção Especializada, Saúde Bucal e Prevenção

A atenção primária possui potencial equalizador porque está territorializada e oferece cuidado sem pagamento direto. Contudo, sua capacidade de reduzir desigualdades depende de cobertura efetiva, vínculo, acesso no mesmo dia quando necessário, continuidade e coordenação. A presença de equipe não é suficiente quando faltam profissionais, insumos ou apoio diagnóstico. O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família deve priorizar áreas de maior vulnerabilidade, com parâmetros de financiamento e provimento ajustados à necessidade (Brasil, 2024b; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024a).

A transição para a atenção especializada é um dos pontos de maior perda. Usuários podem realizar a primeira consulta e permanecer meses aguardando exame ou especialista, repetindo procedimentos

e informações. Esse problema afeta desproporcionalmente quem não consegue recorrer ao setor privado. Redes integradas precisam de protocolos compartilhados, regulação clínica, comunicação de resultados e contrarreferência, com responsabilização conjunta pelo percurso e não apenas pela produção de atos isolados (Brasil, 2024a; Coube *et al.*, 2023a).

Nesse sentido, o trabalho articulado com a equipe, o estímulo à autonomia do usuário e as orientações sobre a rede de proteção, incluindo o acesso a ouvidorias e conselhos de saúde, são fundamentais para monitorar sua trajetória e evitar que ele se perca no sistema. No entanto, é essencial que esse acompanhamento ocorra sem transferir a responsabilidade do cuidado para o próprio sujeito de direitos.

Na saúde bucal, a política nacional ampliou serviços públicos e contribuiu para maior utilização, porém as desigualdades não desapareceram. Estudos de tendência mostram que diferenças educacionais persistem e que grupos vulneráveis continuam com menor uso preventivo. A combinação de equipes de saúde bucal na atenção primária, centros de especialidades e vigilância de necessidades pode produzir maior impacto quando a prioridade é definida por risco social e clínico (Galvão; Roncalli, 2021; Teixeira; Souza Júnior, 2025).

O rastreamento de câncer do colo do útero ilustra como um programa oportunístico pode alcançar alta cobertura média e ainda deixar grupos sem exame. Entre 2013 e 2019, a proporção de mulheres na faixa-alvo que realizaram o exame nos três anos anteriores cresceu, enquanto a proporção que nunca havia realizado diminuiu; contudo, as diferenças sociais permaneceram. A estratégia

de eliminação do câncer cervical requer rastreamento organizado, teste de alta performance, sistemas de informação e tratamento oportuno (Silva *et al.*, 2023; World Health Organization, 2021; Vale *et al.*, 2021).

O câncer de mama apresenta padrão semelhante. Mulheres urbanas, brancas e mais escolarizadas têm maior acesso a encaminhamento, mamografia e exame clínico. A desigualdade pode ser produzida antes do exame, pela menor oportunidade de consulta, e depois dele, pela demora diagnóstica. A política deve monitorar o intervalo entre suspeita, confirmação e início do tratamento, além de ofertar estratégias móveis ou regionais para áreas remotas (Santana *et al.*, 2026; INCA, 2022).

4.6. Saúde Digital e a Nova Fronteira da Desigualdade

A expansão da telessaúde oferece benefícios relevantes para um país continental. Teleconsultas, teleinterconsultas e telediagnóstico podem reduzir deslocamentos, apoiar profissionais e acelerar decisões. Durante a pandemia, serviços remotos ampliaram acesso e demonstraram potencial de economia, especialmente para condições que não exigem exame presencial. Entretanto, a efetividade depende de integração com prontuário, encaminhamento e oferta presencial quando indicada (Oliveira *et al.*, 2023).

A exclusão digital é socialmente padronizada. Análise de dados públicos estimou acesso à internet de 80,13% no país, com 88,48% em áreas urbanas e 53,24% em áreas rurais, além de diferenças por renda, idade e região. Esses números mostram que uma estratégia digital exclusiva alcançaria menos justamente onde a distância física

é maior. O desenho de políticas deve incorporar conectividade comunitária, pontos assistidos e alternativas não digitais (Nakayama *et al.*, 2023).

Além da conexão, letramento, privacidade e confiança afetam o uso. Idosos, pessoas com baixa escolaridade e usuários com deficiência podem precisar de suporte, enquanto ambientes domésticos sem privacidade limitam consultas de saúde mental, sexual ou reprodutiva. A responsabilidade pela inclusão não pode ser transferida ao usuário; plataformas devem seguir desenho universal, linguagem simples e possibilidade de participação de cuidador apenas com consentimento (World Health Organization, 2022; Gallegos-Rejas *et al.*, 2023).

A telessaúde deve complementar, e não substituir indiscriminadamente, a presença territorial. Em áreas remotas, seu maior valor ocorre quando conecta uma equipe local capaz de examinar e acompanhar o paciente a especialistas regionais. Sem equipe, exames e medicamentos, a consulta remota pode apenas registrar uma necessidade não resolvida. Indicadores de equidade precisam comparar acesso e desfechos por renda, território, raça/cor, idade e deficiência, incluindo quem abandona ou não consegue iniciar o atendimento digital (Nunes *et al.*, 2022; Nakayama *et al.*, 2023).

4.7. Implicações para Políticas Públicas e Agenda de Equidade

Os achados indicam que políticas de saúde isoladas não são suficientes para modificar determinantes estruturais. Renda, educação, moradia, saneamento, segurança alimentar, transporte e proteção social moldam exposição e capacidade de usar serviços. A

atuação intersetorial precisa ser operacionalizada por metas compartilhadas, orçamento, governança e indicadores, evitando que a expressão “determinantes sociais” se limite a contextualização sem consequência prática (World Health Organization, 2025; Ribeiro *et al.*, 2024).

Dentro do sistema de saúde, a primeira prioridade é financiar conforme necessidade. Municípios com dispersão populacional, pobreza, maior carga de doença ou barreiras de transporte requerem recursos adicionais para produzir o mesmo nível de acesso. Critérios per capita uniformes tendem a reproduzir desigualdades. O planejamento deve combinar indicadores demográficos, epidemiológicos, sociais e geográficos, com transparência sobre alocação e resultados (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024b; Brasil, 2024a).

A segunda prioridade é transformar equidade em rotina assistencial. Isso inclui territorialização, busca ativa, horários flexíveis, acolhimento sem discriminação, acessibilidade, intérpretes e materiais inclusivos, além de navegação para usuários com trajetórias complexas. Educação permanente deve abordar racismo, gênero, diversidade sexual, deficiência e comunicação, acompanhada de protocolos e mecanismos de responsabilização. Treinamento sem mudanças organizacionais tem efeito limitado (Brasil, 2025; Kuper *et al.*, 2024; Caetano *et al.*, 2024).

A terceira prioridade é fortalecer a coordenação entre atenção primária e especializada. Filas precisam ser geridas por risco clínico e vulnerabilidade, com visibilidade para equipes e usuários. Transporte, apoio à permanência e telessaúde devem integrar a linha de cuidado. A regulação não deve funcionar apenas como

controle de oferta, mas como ferramenta clínica e de equidade, capaz de identificar demanda reprimida e perdas de seguimento (Almeida *et al.*, 2021; Brasil, 2024a).

A quarta prioridade é aprimorar informação e avaliação. Sistemas devem registrar raça/cor, deficiência, sexo, identidade de gênero, território e condição socioeconômica com qualidade e proteção de dados. Indicadores médios devem ser acompanhados de medidas absolutas e relativas de desigualdade, tempos de espera e desfechos. A ausência de dados não significa ausência de desigualdade; frequentemente indica invisibilidade institucional (World Health Organization, 2024; Coelho *et al.*, 2025).

A participação social e a pesquisa aplicada devem validar soluções e revelar barreiras não captadas em bases administrativas. Estudos futuros precisam avaliar intervenções, incluir métodos mistos e análises interseccionais e julgar a agenda de equidade por sua capacidade de reduzir necessidades não atendidas entre os grupos em maior desvantagem (Oliveira; Pereira, 2024; Miranda *et al.*, 2023).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permite concluir que os determinantes sociais da saúde estruturam desigualdades no acesso aos serviços brasileiros por mecanismos econômicos, raciais, territoriais, organizacionais, culturais e digitais. A universalidade do SUS reduz parte dessas diferenças e constitui proteção indispensável, mas não garante, isoladamente, acesso oportuno, contínuo, resolutivo e de qualidade.

Renda e escolaridade afetam deslocamento, compreensão e navegação; raça/cor e gênero organizam experiências de discriminação; território define distância e disponibilidade;

deficiência e diversidade sexual e de gênero exigem adaptações; e a digitalização cria benefícios acompanhados de novas barreiras. Esses eixos interagem e acumulam desvantagens em determinados grupos e lugares.

O objetivo do estudo foi atingido ao sintetizar os grupos mais afetados, os mecanismos de exclusão e as respostas necessárias. A equidade depende de financiamento ajustado às necessidades, atenção primária forte, redes regionalizadas, transporte sanitário, regulação clínica, acesso a medicamentos, práticas antirracistas e inclusivas, acessibilidade, navegação do cuidado e inclusão digital.

A gestão deve acompanhar médias e desigualdades, desagregar indicadores e avaliar espera, perdas de seguimento e resultados, com participação social e integração às políticas de renda, educação, moradia, alimentação e transporte. Apesar da heterogeneidade dos estudos e da dependência de inquéritos anteriores, a convergência dos achados sustenta que o avanço da equidade exige converter o direito universal em capacidade concreta de receber o cuidado necessário, no tempo adequado e com respeito às diferenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. **Rural and Remote Health**, v. 21, n. 4, 6652, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH6652>. Acesso em: 14 jul. 2026.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Water, land, and air: how do residents of Brazilian remote rural territories travel to access health services? **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 41, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00995-z>. Acesso em: 3 jul. 2026.

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**, v. 38, n. 6, e00114721, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>. Acesso em: 8 jul. 2026.

BOING, Antonio Fernando et al. Racial inequalities in child vaccination and barriers to vaccination in Brazil among live births in 2017 and 2018: an analysis of a retrospective cohort of the first two years of life. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. esp. 2, e20231216, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231216.especial2.en>. Acesso em: 19 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Antirracista para a Saúde: Plano de Ação 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 2 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns>. Acesso em: 11 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de cobertura da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 5 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório técnico da Assessoria para Equidade Racial em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 1 jul. 2026.

CAETANO, Bianca Borges Romeiro et al. LGBTQIA+ vs the Brazilian Unified Health System: Basic Health Unit use and associated factors. **Journal of Homosexuality**, v. 71, n. 14, p. 3362-3380, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2295331>. Acesso em: 18 jul. 2026.

CEPAS, Lariane Angel et al. Access of the LGBTQIA+ population to Brazilian public primary health care services: a scoping review. **Public Health Nursing**, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/phn.70059>. Acesso em: 10 jul. 2026.

CESAR, Juraci Almeida et al. Antenatal care in Southern Brazil: coverage, trends and inequalities. **Preventive Medicine**, v. 145, 106432, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106432>. Acesso em: 6 jul. 2026.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo César. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Acesso em: 13 jul. 2026.

COELHO, Rony et al. Racial inequalities in access to healthcare services in Brazil (2019): a decomposition analysis. **BMC Health**

Services Research, v. 25, 1573, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13527-6>. Acesso em: 4 jul. 2026.

CONSTANTE, Helena Mendes; BASTOS, João Luiz. Mapping the margins in health services research: how does race intersect with gender and socioeconomic status to shape difficulty accessing health care among unequal Brazilian states? **International Journal of Health Services**, v. 51, n. 2, p. 155-166, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020731420979808>. Acesso em: 15 jul. 2026.

CONSTANTE, Helena Mendes; MARINHO, Gerson Luiz; BASTOS, João Luiz. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3981-3990, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.47412020>. Acesso em: 7 jul. 2026.

COSTA, Francine dos Santos; SANTOS, Luany Possebom dos; CHISINI, Luiz Alexandre. Inequalities in the use of dental services by people with and without disabilities in Brazil: a National Health Survey. **Clinical Oral Investigations**, v. 28, n. 10, 540, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05917-7>. Acesso em: 20 jul. 2026.

COUBE, Maíra et al. Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 19, 100426, 2023b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100426>. Acesso em: 12 jul. 2026.

COUBE, Maíra et al. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998-2019). **International Journal for Equity in Health**, v. 22, 25, 2023a. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01828-3>. Acesso em: 9 jul. 2026.

GALLEGOS-REJAS, Victor M. et al. A multi-stakeholder approach is needed to reduce the digital divide and encourage equitable access to telehealth. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 29, n. 1, p. 73-78, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X221107995>. Acesso em: 17 jul. 2026.

GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. **BMC Public Health**, v. 21, 541, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10586-2>. Acesso em: 4 jul. 2026.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf. Acesso em: 8 jul. 2026.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2024**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 jul. 2026.

INCA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 2 jul. 2026.

INCARNAÇÃO, Luzinete Rezende da *et al.* **Qualidade de vida de usuários com fibrose cística: uma contribuição do Assistente Social**. In: ATENA EDITORA (Org.). **Serviço Social, políticas públicas e intervenção social**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2026. Capítulo 7,

p. 76-95. Disponível em: [Atena Editora Catálogo](#). Acesso em: 27 jul. 2026. DOI: 10.22533/at.ed.628112610027.

KUPER, Hannah et al. Inclusion of disability in primary healthcare facilities and socioeconomic inequity in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, 39, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005634>. Acesso em: 19 jul. 2026.

LESSA, Millani Souza de Almeida et al. Prenatal care of Brazilian women: racial inequalities and their implications for care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881-3890, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>. Acesso em: 5 jul. 2026.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Inequalities in the use of health services by adults and elderly people with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 2, e210012, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210012.supl.1>. Acesso em: 11 jul. 2026.

MIRANDA, Wladimir D. et al. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, e00119022, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022>. Acesso em: 14 jul. 2026.

MISKOLCI, Richard et al. Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>. Acesso em: 3 jul. 2026.

NAKAYAMA, Luis Filipe et al. The digital divide in Brazil and barriers to telehealth and equal digital health care: analysis of internet access using publicly available data. **Journal of Medical Internet Research**, v. 25, e42483, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/42483>. Acesso em: 9 jul. 2026.

NUNES, Fabiely Gomes da Silva et al. Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 22, 1386, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08805-6>. Acesso em: 12 jul. 2026.

OLIVEIRA, Clara Rodrigues Alves de et al. COVID-19 telehealth service can increase access to the health care system and become a cost-saving strategy. **Telemedicine and e-Health**, v. 29, n. 7, p. 1043-1050, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0240>. Acesso em: 6 jul. 2026.

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, e04932024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>. Acesso em: 20 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brazil country profile. **Health in the Americas**, 2024a. Disponível em: <https://hia.paho.org/en/country-profiles/brazil>. Acesso em: 1 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia de Cooperação com o País 2022-2027: Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 15 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **The urgency of investing in health systems in Latin America and the Caribbean.** Washington, DC: PAHO, 2024b. Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso em: 18 jul. 2026.

PINTO, Alexandro et al. A national accessibility audit of primary health care facilities in Brazil: are people with disabilities being denied their right to health? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, 2953, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062953>. Acesso em: 7 jul. 2026.

QUADRA, Micaela Rabelo; SCHÄFER, Antônio Augusto; MELLER, Fernanda de Oliveira. Inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil in 2019: a cross-sectional study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 1, e2022437, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100008>. Acesso em: 10 jul. 2026.

RIBEIRO, Kelen Gomes et al. Determinantes sociais da saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, e8590, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408590P>. Acesso em: 17 jul. 2026.

SANTANA, Flaviane G. et al. Educational, racial, and geographic inequalities in breast cancer screening and diagnosis among Brazilian women. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-026-03029-4>. Acesso em: 13 jul. 2026.

SILVA, Gulnar Azevedo e et al. Papanicolaou test in Brazil: analysis of the National Health Survey of 2013 and 2019. **Revista de Saúde**

Pública, v. 57, 55, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004798>. Acesso em: 8 jul. 2026.

TEIXEIRA, Ana Karine Macedo; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de. Evolution of socioeconomic inequalities in oral health and use of dental services in adult population of Brazil between 2013 and 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 8, e00162324, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN162324>. Acesso em: 2 jul. 2026.

TOLEDO, Lidiane da Silveira Gouvea et al. Barriers and facilitators for HIV rapid testing among transgender women and gay and other men who have sex with men in Brazil: a scoping review. **Global Public Health**, v. 19, n. 1, 2360982, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2360982>. Acesso em: 11 jul. 2026.

VALE, Dama B. et al. Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: inequality of access and fragile healthcare systems. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 152, n. 1, p. 7-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13458>. Acesso em: 19 jul. 2026.

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**, v. 58, e20230324, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0324en>. Acesso em: 4 jul. 2026.

VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena et al. Sexually transmitted infections and other health issues among transgender women and travestis in Brazil: epidemiological profile, vulnerabilities, access to services and care. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, supl. 1,

e240001.supl.1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240001.supl.1>. Acesso em: 16 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>. Acesso em: 12 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational framework for monitoring social determinants of health equity**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>. Acesso em: 9 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention**. 2. ed. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>. Acesso em: 5 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on social determinants of health equity**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>. Acesso em: 14 jul. 2026.

¹ Enfermeira, Pós Graduada em Saúde Pública e Saúde da Família pela Faculdade São Marcos (FACSM)- Passo 1 Uberlândia, Minas Gerais. Currículo Lattes ID: <https://lattes.cnpq.br/5572615771582296>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Enfermeira pela Faculdades Integradas de Patos- FIP (Fundação Francisco Mascarenha). Pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva — UTI Adulto pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília - IESC e Unidade de Terapia Intensiva em Neonatal pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia- FAMEC. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1108-1385>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestra em Serviço Social pela Universidade Católica de Goiás. Assistente Social na Universidade Federal de Goiás (UFG/HuBrasil). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3705-7931>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Médica pela UNE Universidad Ecológica Nacional. Pós-graduada em Adequação Nutricional e Manutenção da Homeostase pela Uningá. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7451-3273>. E mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6198-4812>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Médica pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Enfermeira, pós-graduada em Saúde Pública e da Família, Instituto Passo 1, Uberlândia/MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Pós-graduada em Gestão Pública pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4486-9596>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Mestra pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Currículo Lattes ID: <https://lattes.cnpq.br/4856227115676893>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Pós-graduada pelo Instituto Passo 1, Uberlândia/MG. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3017-9435>. E mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Médica pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹³ Pós-Graduada em Gestão da Saúde Pública com Ênfase em Saúde Coletiva, pela Faculdade Única e Gestão Educacional e Educação Especial. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5024-322X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁴ Bacharel em Enfermagem pela UNISUAM. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2028-2193>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)