

ACESSO E EQUIDADE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ACCESS AND EQUITY IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Ciências da Saúde • 02/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788151703](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788151703)

Marcos Gustavo Oliveira da Silva¹

Rodolfo Medeiros Gonçalves de Paiva²

Marília Gabriela de Freitas Mota³

Paulo André Gomes Barros⁴

Jacyane Rodrigues de Melo⁵

Maria Josilaine das neves de Carvalho⁶

Debora Elvas de Souza⁷

Dyane Giselly Figueira Leite da Silva⁸

Luma Cunha Fallé Saboya⁹

Lucas Duarte Souza do Nascimento¹⁰

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui componente estratégico dos sistemas de saúde, desempenhando papel fundamental na universalização do acesso e na redução das iniquidades. Entretanto, a ampliação da cobertura assistencial não garante, isoladamente, acesso oportuno, contínuo e adequado às diferentes necessidades populacionais. O presente estudo teve como objetivo analisar a produção científica recente acerca do acesso e da equidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde, identificando fatores associados às desigualdades assistenciais e estratégias direcionadas ao seu enfrentamento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada nas bases PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO), contemplando publicações entre 2022 e 2026. Os estudos incluídos apontaram que as iniquidades no acesso à APS apresentam natureza multidimensional, associando-se a condições socioeconômicas, características territoriais, acessibilidade dos serviços, distribuição da força de trabalho, financiamento e organização da assistência. Em contrapartida, o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, a territorialização, a alocação de recursos segundo as necessidades populacionais, a qualificação e distribuição dos profissionais e a adoção de estratégias específicas para grupos em maior vulnerabilidade mostraram-se relevantes para a promoção da equidade. Conclui-se que a expansão da cobertura constitui condição necessária, porém insuficiente, para assegurar acesso equitativo à APS, sendo indispensável articulá-la à qualidade, à continuidade e à adequação do cuidado, bem como ao enfrentamento das barreiras sociais, territoriais e organizacionais que condicionam a utilização dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde;

Acesso aos Serviços de Saúde; Disparidades nos Níveis de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is a strategic component of health systems, playing a fundamental role in achieving universal access and reducing inequities. However, expanding service coverage does not, in isolation, guarantee timely, continuous, and adequate access to meet diverse population needs. This study aimed to analyze recent scientific literature regarding access and equity in PHC services, identifying factors associated with care-related inequalities and strategies to address them. It is an integrative literature review with a qualitative approach and a descriptive-analytical nature, conducted using the PubMed/MEDLINE and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases and covering publications from 2022 to 2026. The included studies indicated that inequities in PHC access are multidimensional, linked to socioeconomic conditions, territorial characteristics, service accessibility, workforce distribution, financing, and care organization. Conversely, strengthening the Family Health Strategy, territorialization, resource allocation based on population needs, professional qualification and distribution, and the adoption of specific strategies for highly vulnerable groups proved relevant for promoting equity. The study concludes that expanding coverage is a necessary but insufficient condition for ensuring equitable access to PHC; it is essential to align this expansion with quality, continuity, and appropriateness of care, as well as to address the social, territorial, and organizational barriers that influence service utilization.

Keywords: Primary Health Care; Health Equity; Health Services Accessibility; Health Status Disparities; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização dos sistemas de saúde por articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. Como nível preferencial de contato da população com a rede assistencial, sua capacidade de responder às necessidades individuais e coletivas influencia diretamente a continuidade do cuidado e a utilização dos demais pontos de atenção. Nesse sentido, sistemas orientados por uma APS abrangente, territorializada e integrada apresentam maior potencial para ampliar o acesso e enfrentar desigualdades evitáveis em saúde (KHATRI et al., 2024; MACEIRA et al., 2024).

A consolidação desse modelo, entretanto, não pode ser avaliada exclusivamente pela quantidade de unidades implantadas, equipes constituídas ou indivíduos formalmente cobertos. O acesso representa uma dimensão mais complexa, relacionada à possibilidade concreta de obtenção do cuidado necessário em tempo oportuno e em condições compatíveis com as necessidades dos usuários. Barreiras geográficas, econômicas, organizacionais e sociais podem limitar essa utilização mesmo quando existe oferta assistencial disponível, estabelecendo uma diferença relevante entre cobertura formal e acesso efetivamente alcançado (PALMEIRA et al., 2022; WENDT et al., 2022).

A equidade acrescenta outra dimensão a essa discussão ao reconhecer que necessidades de saúde e condições para utilização dos serviços não estão distribuídas uniformemente entre indivíduos e grupos sociais. Uma organização equitativa da atenção pressupõe, portanto, que a distribuição de recursos e intervenções considere

diferentes graus de necessidade e vulnerabilidade, em vez de se restringir à oferta homogênea de ações. Apesar da crescente incorporação desse princípio às políticas de saúde, sua operacionalização permanece complexa, especialmente pela diversidade de indicadores utilizados para relacionar equidade, acesso, financiamento, organização assistencial e resultados em saúde (FERNANDES; RIBEIRO; FERREIRA, 2025).

Essa relação assume particular relevância na APS porque obstáculos encontrados nesse nível podem repercutir sobre todo o itinerário assistencial. Dificuldades para obtenção do primeiro atendimento podem retardar diagnósticos, comprometer o acompanhamento de condições crônicas e limitar a utilização de ações preventivas. Em contrapartida, modelos de atenção orientados para as comunidades podem favorecer a aproximação dos serviços com grupos submetidos a maiores barreiras. A efetividade dessas iniciativas, contudo, está condicionada à disponibilidade de recursos, integração com o sistema de saúde, participação comunitária, governança e força de trabalho adequadamente dimensionada (KHATRI et al., 2024).

No Brasil, o debate sobre acesso e equidade está diretamente relacionado à trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) e à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ampliação da APS aumentou a presença das equipes nos territórios e fortaleceu a atenção básica como componente estruturante da rede pública. A evolução da cobertura brasileira entre 1998 e 2020 evidencia a magnitude desse processo; entretanto, diferenças na utilização dos serviços permaneceram presentes entre regiões e grupos populacionais, demonstrando que os avanços obtidos não

ocorreram de maneira uniforme (ALVES et al., 2023; COUBE et al., 2023).

As características sociodemográficas constituem importante componente dessas diferenças. Dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde demonstraram variações no acesso segundo características como sexo, escolaridade e macrorregião de residência, indicando que a universalidade jurídica do sistema convive com condições distintas de utilização dos serviços (PALMEIRA et al., 2022). De maneira complementar, Wendt et al. (2022) identificaram desigualdades socioeconômicas envolvendo diferentes modalidades assistenciais, incluindo consultas médicas e odontológicas e intervenções preventivas. Esses achados sugerem que a avaliação da equidade necessita considerar não somente quem está formalmente coberto pela APS, mas também quem consegue efetivamente utilizar os recursos disponibilizados.

A persistência dessas diferenças ao longo do tempo reforça a complexidade do fenômeno. Ao examinarem a utilização dos serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2019, Coube et al. (2023) observaram redução de determinadas disparidades, mas identificaram a permanência de desigualdades socioeconômicas em diferentes componentes da assistência. Esse cenário demonstra que a universalização pode reduzir distâncias entre grupos sem necessariamente eliminar os mecanismos sociais que produzem acesso diferenciado, sobretudo quando condições de renda, escolaridade, território e disponibilidade de recursos continuam interferindo na utilização dos serviços.

A dimensão territorial constitui outro componente relevante. Em um país caracterizado por ampla extensão geográfica e acentuada

heterogeneidade regional, distância das unidades, disponibilidade de transporte, distribuição dos equipamentos assistenciais e concentração de profissionais podem estabelecer condições profundamente distintas de acesso. Em áreas rurais e socialmente vulnerabilizadas, essas dificuldades podem ser intensificadas. Estudo realizado em assentamento de Pernambuco identificou barreiras relacionadas à organização assistencial, às características territoriais e às condições concretas de vida da população, demonstrando que a acessibilidade resulta da interação entre oferta de serviços e contexto no qual os usuários estão inseridos (Ó et al., 2022).

Essa perspectiva confere à territorialização uma função que ultrapassa a simples delimitação administrativa das áreas de abrangência. O reconhecimento das características epidemiológicas, demográficas e sociais de cada território permite orientar o planejamento e dimensionar respostas assistenciais de acordo com necessidades específicas. Dessa forma, a territorialização pode constituir instrumento para a promoção da equidade quando utilizada para identificar grupos com maior exposição a barreiras e direcionar recursos e estratégias compatíveis com essas diferenças.

Determinados segmentos populacionais apresentam obstáculos adicionais que evidenciam a necessidade de respostas diferenciadas. Entre pessoas com deficiência, limitações físicas, comunicacionais e institucionais podem restringir a utilização dos serviços mesmo diante de cobertura formalmente disponível. Estudos brasileiros recentes identificaram desigualdades na acessibilidade da APS e demonstraram que condições estruturais e socioeconômicas podem comprometer a inclusão efetiva dessa população, indicando que acessibilidade deve ser incorporada como

componente da qualidade assistencial e da equidade (KUPER et al., 2024; REICHENBERGER et al., 2024).

A população em situação de rua também evidencia os limites de modelos assistenciais exclusivamente baseados na procura espontânea pelas unidades. Condições de extrema vulnerabilidade, mobilidade territorial e dificuldades de inserção nos fluxos convencionais exigem estratégias capazes de aproximar o cuidado dos espaços onde essas pessoas vivem e circulam. Nesse contexto, iniciativas como o Consultório na Rua representam formas de reorganização da oferta voltadas à construção de vínculo e à ampliação das possibilidades de cuidado, demonstrando que a equidade pode demandar diferentes modalidades de atenção conforme as características da população atendida (PEREIRA et al., 2024).

Além das condições relacionadas aos usuários e aos territórios, a capacidade de produzir acesso equitativo depende da estrutura dos próprios serviços. A distribuição e a qualificação da força de trabalho influenciam diretamente a disponibilidade e a continuidade da assistência, particularmente em localidades com maior dificuldade de provimento e retenção de profissionais. Regiões caracterizadas por maiores necessidades sociais podem apresentar, simultaneamente, menor disponibilidade de trabalhadores, ampliando disparidades preexistentes. Nesse sentido, políticas de equidade na APS precisam incorporar estratégias de formação, provimento, distribuição e permanência dos profissionais nos territórios (SANTRIC MILICEVIC et al., 2024).

O financiamento também constitui elemento estruturante dessa capacidade. A manutenção de equipes, infraestrutura, ações

comunitárias e estratégias territorializadas depende tanto da suficiência dos recursos quanto dos critérios utilizados para sua distribuição. Mecanismos de financiamento pouco sensíveis às diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas podem reproduzir assimetrias entre territórios, enquanto modelos orientados pelas necessidades populacionais apresentam maior potencial para favorecer respostas equitativas. No Brasil e em outros sistemas latino-americanos, o debate recente tem destacado a necessidade de articular sustentabilidade financeira, fortalecimento institucional e capacidade de resposta da APS às desigualdades existentes (MASSUDA et al., 2025; MELO et al., 2025).

A experiência latino-americana amplia essa discussão ao demonstrar que o potencial da APS para produzir equidade está condicionado às características políticas, econômicas e institucionais de cada sistema. Apesar das diferentes trajetórias nacionais, persistem desafios relacionados à sustentabilidade do financiamento, distribuição da força de trabalho, fragmentação assistencial e atenção aos grupos socialmente vulnerabilizados. Evidências regionais indicam que uma APS abrangente, territorializada e integrada apresenta potencial para contribuir simultaneamente para maior equidade e sustentabilidade, desde que disponha das condições necessárias para sua implementação (MACEIRA et al., 2024).

Desse modo, acesso e equidade devem ser compreendidos como resultados da interação entre múltiplas dimensões, e não como consequência automática da expansão assistencial. A disponibilidade de serviços precisa estar acompanhada de condições que permitam sua utilização oportuna, continuidade do cuidado e adequação das respostas às necessidades dos diferentes

grupos populacionais. Essa compreensão também evidencia limitações na mensuração da equidade, uma vez que indicadores exclusivamente baseados em cobertura podem não captar barreiras existentes no percurso assistencial ou diferenças na capacidade de utilização dos serviços (FERNANDES; RIBEIRO; FERREIRA, 2025).

Embora a produção científica recente tenha ampliado a compreensão dessas dimensões, permanece necessária uma sistematização capaz de integrar os diferentes fatores envolvidos na concretização da equidade na APS. As evidências encontram-se distribuídas entre estudos sobre desigualdades socioeconômicas, acessibilidade territorial, populações vulnerabilizadas, financiamento, força de trabalho e organização dos serviços, tornando relevante uma leitura conjunta desses componentes. A integração desses achados pode contribuir para identificar tanto os mecanismos associados à persistência das iniquidades quanto estratégias potencialmente capazes de reduzi-las.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas recentes acerca do acesso e da equidade nos serviços da Atenção Primária à Saúde, identificando os principais fatores associados às desigualdades assistenciais e as estratégias direcionadas à sua redução.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvida com a finalidade de sintetizar criticamente a produção científica recente acerca do acesso e da equidade nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). A adoção desse delineamento possibilitou reunir

estudos com diferentes abordagens metodológicas e contextos assistenciais, permitindo examinar fatores sociais, territoriais, organizacionais e estruturais relacionados às desigualdades no acesso à APS.

A revisão foi conduzida mediante etapas sequenciais, compreendendo definição da questão norteadora, estabelecimento da estratégia de busca, identificação e seleção das publicações, aplicação dos critérios de elegibilidade, extração dos dados e síntese interpretativa dos achados. A questão norteadora foi estruturada segundo a estratégia PICo, considerando-se como população (P) os usuários e grupos populacionais atendidos pelos serviços de saúde; como fenômeno de interesse (I), o acesso, a equidade e as desigualdades assistenciais; e como contexto (Co), a Atenção Primária à Saúde. Assim, estabeleceu-se a seguinte questão: quais evidências científicas recentes demonstram os principais fatores associados ao acesso e à equidade nos serviços da Atenção Primária à Saúde e quais estratégias têm sido empregadas para a redução das desigualdades assistenciais?

Quadro 1. Estruturação da questão norteadora segundo a estratégia PICo

Elemento	Definição	Aplicação no estudo
P – População	População/usuários	Usuários e grupos populacionais atendidos pela APS
I – Interesse	Fenômeno investigado	Acesso, equidade e desigualdades assistenciais
Co – Contexto	Contexto de interesse	Atenção Primária à Saúde

Questão norteadora: Quais evidências científicas recentes demonstram os principais fatores associados ao acesso e à equidade nos serviços da APS e quais estratégias têm sido empregadas para redução das desigualdades assistenciais?

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

O levantamento bibliográfico contemplou artigos publicados entre 2022 e 2026, recuperados nas bases PubMed/MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SciELO). O recorte temporal foi estabelecido com o propósito de concentrar a investigação na produção científica recente sobre acesso, equidade e transformações contemporâneas relacionadas à organização da APS. A seleção dessas bases considerou sua abrangência e relevância para a indexação de estudos nacionais e internacionais nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva e Saúde Pública.

Para elaboração das estratégias de busca, foram empregados descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes no Medical Subject Headings (MeSH). Foram utilizados os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Equidade em Saúde” e “Disparidades nos Níveis de Saúde”, além dos respectivos termos em língua inglesa. Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme as particularidades de indexação de cada base.

Quadro 2. Descritores empregados na busca bibliográfica

Eixo	DeCS	MeSH/termo correspondente
------	------	---------------------------

Atenção Primária	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care
Acesso	Acesso aos Serviços de Saúde	Health Services Accessibility
Equidade	Equidade em Saúde	Health Equity
Desigualdades	Disparidades nos Níveis de Saúde	Health Status Disparities

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

As estratégias foram adaptadas aos mecanismos de busca das bases selecionadas. Na PubMed/MEDLINE, foram utilizados descritores e termos correspondentes em inglês, enquanto na SciELO foram empregadas combinações em português e inglês. A estratégia foi direcionada à recuperação de estudos que articulassem APS, acesso aos serviços e equidade ou desigualdades em saúde.

Quadro 3. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Primary Health Care") AND ("Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Access to Health Services") AND ("Health Equity"[MeSH Terms] OR "Health Equity" OR "Health Status Disparities")
SciELO	("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care") AND ("Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Acesso à Saúde") AND ("Equidade em Saúde" OR "Desigualdades em Saúde" OR "Disparidades nos Níveis de Saúde")

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Foram considerados elegíveis artigos publicados entre 2022 e 2026, disponíveis em português, inglês ou espanhol, relacionados à Atenção Primária à Saúde e que abordassem diretamente acesso, acessibilidade, utilização dos serviços, equidade ou desigualdades em saúde. Foram admitidos estudos quantitativos, qualitativos, de métodos mistos, avaliações de serviços e políticas de saúde, bem como estudos de revisão que apresentassem contribuição pertinente à questão norteadora.

Foram excluídas publicações anteriores ao recorte temporal estabelecido; estudos sem relação direta com a APS; investigações exclusivamente direcionadas à atenção hospitalar ou especializada sem interface com o primeiro nível de atenção; editoriais, cartas ao editor, comentários e resumos de eventos científicos; registros duplicados; e estudos que, após avaliação do texto completo, não apresentassem informações capazes de responder à questão norteadora. Esses critérios estão coerentes com aqueles apresentados no material original.

Quadro 4. Critérios de elegibilidade dos estudos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Publicações entre 2022 e 2026	Publicações anteriores a 2022
Estudos relacionados à APS	Estudos sem relação direta com a APS
Abordagem de acesso, equidade, acessibilidade, utilização ou desigualdades	Estudos sem relação com os fenômenos investigados
Português, inglês ou espanhol	Outros idiomas

Estudos quantitativos, qualitativos, mistos, avaliações de serviços/políticas e revisões pertinentes	Editoriais, cartas, comentários e resumos de eventos
Compatibilidade com a questão norteadora	Estudos que não respondessem à questão após leitura integral

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A seleção das publicações ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente, os registros recuperados foram organizados para identificação e remoção de duplicidades. Em seguida, procedeu-se à triagem mediante leitura dos títulos e resumos, aplicando-se os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Os estudos potencialmente pertinentes foram avaliados em texto completo, permanecendo aqueles que apresentaram aderência ao objetivo da revisão e contribuição para a resposta à questão norteadora.

Após a definição do corpus, as informações foram extraídas mediante instrumento padronizado, contemplando autoria e ano de publicação, país ou região, objetivo, delineamento metodológico, população ou contexto investigado, dimensão de acesso ou equidade abordada, principais barreiras, estratégias ou fatores facilitadores e achados relevantes. A sistematização dessas informações possibilitou a comparação entre os estudos e a identificação de convergências, divergências e particularidades relacionadas aos diferentes contextos analisados. A matriz originalmente proposta já contempla essas variáveis de maneira adequada.

Quadro 5. Matriz de extração e organização das evidências

Variável	Informação analisada
Identificação	Autor(es) e ano de publicação
Contexto	País, região ou cenário investigado
Objetivo	Finalidade principal do estudo
Delineamento	Tipo e abordagem metodológica
População/contexto	Participantes, serviços ou territórios analisados
Dimensão investigada	Acesso, equidade, utilização, cobertura ou desigualdade
Barreiras	Fatores socioeconômicos, territoriais, organizacionais ou estruturais
Estratégias/facilitadores	Medidas associadas à ampliação do acesso e da equidade
Principais achados	Evidências relevantes para a questão norteadora
Implicações	Contribuições para APS, gestão e políticas de saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Os dados extraídos foram submetidos à síntese narrativa e análise temática, buscando identificar padrões de convergência, divergências e complementaridades entre as publicações. A interpretação considerou as particularidades dos diferentes delineamentos e contextos investigados. A partir da recorrência e da relevância dos achados, as evidências foram organizadas em quatro eixos analíticos: desigualdades socioeconômicas e vulnerabilidade social; barreiras territoriais, geográficas e de acessibilidade; organização dos serviços, financiamento e força de trabalho; e estratégias de fortalecimento da APS e promoção da equidade. Essa organização buscou favorecer uma síntese interpretativa do

fenômeno sem estabelecer equivalência entre estudos metodologicamente distintos.

Por utilizar exclusivamente informações provenientes de publicações científicas, sem envolvimento direto de seres humanos ou acesso a dados individuais identificáveis, o estudo não demandou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados os princípios de integridade científica, respeito à autoria e fidelidade às informações apresentadas nas fontes originais.

RESULTADOS

Os estudos selecionados evidenciaram que o acesso e a equidade na Atenção Primária à Saúde (APS) são influenciados por múltiplas dimensões, envolvendo características socioeconômicas e populacionais, condições territoriais, organização da oferta assistencial, financiamento e disponibilidade da força de trabalho. A síntese temática permitiu agrupar os achados em quatro eixos: desigualdades socioeconômicas e utilização dos serviços; barreiras territoriais e vulnerabilidades específicas; organização, financiamento e força de trabalho na APS; e estratégias relacionadas à ampliação do acesso e à promoção da equidade.

No primeiro eixo, identificou-se persistência de diferenças socioeconômicas na utilização dos serviços de saúde. Coube et al. (2023b), ao examinarem a evolução dessas desigualdades no Brasil entre 1998 e 2019, verificaram redução de determinadas disparidades ao longo do período, embora diferenças relacionadas à condição socioeconômica tenham permanecido em componentes da assistência. Em estudo direcionado às necessidades não atendidas, Coube et al. (2023a) identificaram distribuição desigual do acesso a

serviços de saúde e medicamentos, com maior comprometimento entre segmentos populacionais em condições socioeconômicas desfavoráveis.

As características sociodemográficas também estiveram associadas a padrões distintos de utilização. Palmeira et al. (2022), a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, identificaram diferenças relacionadas ao sexo, à escolaridade e à região de residência. Wendt et al. (2022), por sua vez, observaram desigualdades socioeconômicas em indicadores relacionados a consultas médicas e odontológicas e à utilização de ações preventivas, evidenciando diferenças entre grupos populacionais em diferentes modalidades assistenciais.

No segundo eixo, as barreiras territoriais e as condições de vulnerabilidade apresentaram influência sobre a acessibilidade aos serviços. Ó et al. (2022), em investigação realizada em assentamento rural de Pernambuco, identificaram obstáculos relacionados às características territoriais e à organização da atenção básica, com repercussões sobre a utilização regular dos serviços pela população estudada.

Entre pessoas com deficiência, Kuper et al. (2024) identificaram desigualdades relacionadas à inclusão e à acessibilidade nos estabelecimentos de APS brasileiros, associadas a fatores estruturais e socioeconômicos. Resultados convergentes foram apresentados por Reichenberger et al. (2024), que identificaram barreiras à utilização da Atenção Primária por adultos com deficiência, demonstrando limitações relacionadas às condições necessárias para acesso adequado aos serviços.

Em relação à população em situação de rua, Pereira et al. (2024) evidenciaram a relevância de modalidades assistenciais territorializadas para alcançar indivíduos com dificuldades de inserção nos fluxos convencionais da rede. Entre as estratégias identificadas, o Consultório na Rua destacou-se pela aproximação com os usuários, estabelecimento de vínculo e ampliação das possibilidades de cuidado.

No terceiro eixo, os estudos evidenciaram fatores estruturais relacionados à organização da APS. Alves et al. (2023), ao avaliarem a cobertura da Atenção Primária brasileira entre 1998 e 2020, identificaram expansão significativa ao longo do período. Entretanto, os estudos que avaliaram utilização e necessidades não atendidas demonstraram que a ampliação da cobertura coexistiu com diferenças entre grupos socioeconômicos, indicando resultados heterogêneos nas distintas dimensões do acesso (COUBE et al., 2023a; COUBE et al., 2023b).

Garcia e Socal (2022), ao investigarem os efeitos da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 no município do Rio de Janeiro, identificaram modificações na estrutura da APS e da Estratégia Saúde da Família, com repercussões sobre a organização e a cobertura assistencial. Em outra perspectiva, Pinto e Caldas (2025), ao examinarem quinze anos de reforma da Atenção Primária no mesmo município, evidenciaram expansão da cobertura e reorganização territorial dos serviços.

O financiamento também esteve associado à organização e à capacidade operacional da APS. Melo et al. (2025) identificaram a participação dos mecanismos federais de financiamento no processo histórico de indução e expansão da Estratégia Saúde da

Família no Brasil. Em análise comparativa envolvendo Brasil, Chile e Colômbia, Massuda et al. (2025) identificaram diferentes trajetórias de investimento e fortalecimento da Atenção Primária, acompanhadas por desafios relacionados à sustentabilidade e à capacidade de resposta dos sistemas.

Quanto à força de trabalho, Santric Milicevic et al. (2024) evidenciaram que desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde estão relacionadas a diferenças territoriais na disponibilidade assistencial. Os achados apontaram limitações de estratégias baseadas exclusivamente na expansão da infraestrutura quando não acompanhadas por políticas de provimento, distribuição e qualificação dos profissionais.

No quarto eixo, foram identificadas estratégias relacionadas à ampliação do acesso e à promoção da equidade. Khatri et al. (2024), ao examinarem programas comunitários de saúde, destacaram participação comunitária, integração com o sistema de saúde, disponibilidade de recursos, qualificação profissional e suporte institucional como elementos associados ao fortalecimento desses programas. Em contrapartida, limitações financeiras, fragilidades de governança, escassez de profissionais e dificuldades de integração assistencial figuraram entre as principais barreiras identificadas.

No contexto latino-americano, Maceira et al. (2024) verificaram associação entre fortalecimento da APS, equidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde, embora tenham identificado heterogeneidade entre os países avaliados. Juárez Herrera y Cairo et al. (2024), ao examinarem reformas implementadas no Brasil, Chile, Colômbia, México e Peru, identificaram avanços na consolidação da APS acompanhados por

desafios relacionados ao financiamento, disponibilidade e retenção de profissionais, articulação intersetorial e universalização dos serviços.

Fernandes, Ribeiro e Ferreira (2025), em perspectiva abrangente, identificaram múltiplas dimensões relacionadas à equidade na APS, incluindo acesso, financiamento, políticas públicas, características dos sistemas de saúde e atenção destinada a grupos marginalizados. Os autores também apontaram heterogeneidade conceitual e metodológica na mensuração da equidade, com utilização de diferentes indicadores entre os estudos.

Considerados conjuntamente, os achados demonstraram convergência quanto à natureza multidimensional do acesso e da equidade na APS. As principais barreiras identificadas envolveram condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldades territoriais e de acessibilidade, distribuição desigual da força de trabalho, limitações financeiras e aspectos organizacionais dos serviços. Entre os fatores associados à ampliação da equidade destacaram-se territorialização, fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, disponibilidade adequada de profissionais, financiamento, participação comunitária e estratégias direcionadas às necessidades de populações submetidas a maiores barreiras assistenciais.

Quadro 6. Síntese dos estudos e principais contribuições

Estudo	Dimensão analisada	Principal achado
Alves et al. (2023)	Cobertura da APS	Expansão da cobertura brasileira no período analisado

Coube et al. (2023a)	Necessidades não atendidas	Desigualdades socioeconômicas no acesso a serviços e medicamentos
Coube et al. (2023b)	Utilização dos serviços	Persistência de desigualdades socioeconômicas
Garcia e Socal (2022)	Organização da APS	Modificações na estrutura e cobertura após mudanças na política de atenção básica
Juárez Herrera y Cairo et al. (2024)	Reformas latino-americanas	Avanços na APS acompanhados por desafios estruturais
Khatri et al. (2024)	Programas comunitários	Identificação de facilitadores e barreiras à ampliação equitativa da cobertura
Kuper et al. (2024)	Pessoas com deficiência	Desigualdades estruturais e de acessibilidade
Maceira et al. (2024)	América Latina e Caribe	Relação entre fortalecimento da APS, equidade e sustentabilidade
Massuda et al. (2025)	Financiamento/investimento	Diferentes trajetórias de fortalecimento da APS em três países
Melo et al. (2025)	Financiamento da APS	Participação do financiamento federal na indução e expansão da ESF
Ó et al. (2022)	População rural	Barreiras territoriais e organizacionais ao acesso
Palmeira et al. (2022)	Características sociodemográficas	Diferenças de utilização segundo características populacionais
Pereira et al. (2024)	População em situação de rua	Relevância de estratégias territorializadas para acesso e vínculo

Pinto e Caldas (2025)	Reforma da APS	Expansão da cobertura e reorganização territorial
Reichenberger et al. (2024)	Pessoas com deficiência	Persistência de barreiras à utilização da APS
Santric Milicevic et al. (2024)	Força de trabalho	Desigualdade territorial na distribuição de profissionais
Wendt et al. (2022)	Desigualdades socioeconômicas	Diferenças em consultas e ações preventivas
Fernandes, Ribeiro e Ferreira (2025)	Equidade na APS	Heterogeneidade das dimensões e indicadores de equidade

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão indicam que a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), embora indispensável à universalização da assistência, não se traduz automaticamente em acesso equitativo. A coexistência entre crescimento da cobertura e persistência de diferenças socioeconômicas na utilização dos serviços evidencia que disponibilidade assistencial e possibilidade concreta de obtenção do cuidado constituem dimensões relacionadas, porém distintas. No contexto brasileiro, essa constatação assume particular relevância diante da expressiva expansão da APS observada nas últimas décadas e da permanência de desigualdades entre diferentes segmentos populacionais (ALVES et al., 2023; COUBE et al., 2023b).

Essa aparente dissociação entre cobertura e utilização reforça a necessidade de incorporar indicadores mais sensíveis à avaliação da

equidade. A vinculação formal de uma população a determinado serviço não permite identificar, isoladamente, dificuldades relacionadas ao ingresso oportuno, continuidade assistencial ou obtenção do cuidado necessário. Fernandes, Ribeiro e Ferreira (2025) demonstram que a relação entre APS e equidade é atravessada por diferentes dimensões e por considerável heterogeneidade conceitual e metodológica, o que limita avaliações baseadas em indicadores únicos. Nesse sentido, mensurar cobertura sem examinar necessidades não atendidas e padrões diferenciados de utilização pode produzir uma percepção incompleta do desempenho dos sistemas de saúde.

As desigualdades socioeconômicas identificadas reforçam essa interpretação. Coube et al. (2023a) evidenciaram diferenças na ocorrência de necessidades não atendidas de serviços e medicamentos, enquanto Wendt et al. (2022) e Palmeira et al. (2022) demonstraram variações no acesso e na utilização segundo características socioeconômicas e sociodemográficas. Em conjunto, esses achados sugerem que a universalidade normativa não neutraliza integralmente os efeitos das condições sociais sobre a capacidade de utilizar os serviços. Renda, escolaridade, condições de deslocamento e características do local de residência podem interferir no percurso assistencial mesmo em sistemas orientados pelo princípio da universalidade.

Nesse contexto, a distinção entre igualdade e equidade assume importância operacional. A oferta uniforme de serviços não necessariamente produz oportunidades equivalentes de cuidado quando as populações apresentam necessidades e condições de acesso distintas. A equidade pressupõe reconhecer essas diferenças e orientar recursos e estratégias de maneira proporcional às

necessidades existentes. Sob essa perspectiva, Pratt, Taylor e Smith (2023) ressaltam a importância do acesso aos cuidados de saúde no âmbito dos determinantes sociais e o papel da atenção primária no enfrentamento das barreiras experimentadas por populações em condições desfavoráveis.

A dimensão territorial constitui expressão concreta dessas desigualdades. Ó et al. (2022) demonstraram que, em contexto rural de Pernambuco, características geográficas, condições de deslocamento e aspectos organizacionais interferem na acessibilidade à atenção básica. Esses resultados indicam que a territorialização não deve ser compreendida exclusivamente como delimitação administrativa da população adscrita, mas como instrumento de reconhecimento das particularidades epidemiológicas, sociais e geográficas que condicionam a utilização dos serviços. Dessa forma, territórios submetidos a maiores barreiras demandam respostas organizacionais compatíveis com suas especificidades.

As dificuldades encontradas por pessoas com deficiência ampliam essa discussão ao evidenciar que acessibilidade também envolve componentes físicos, comunicacionais e institucionais. Kuper et al. (2024) e Reichenberger et al. (2024) identificaram barreiras capazes de restringir a utilização adequada da APS por essa população. A presença formal de uma unidade ou equipe, portanto, não caracteriza acesso efetivo quando sua estrutura e seus processos assistenciais não possibilitam utilização autônoma e adequada às necessidades específicas dos usuários. A acessibilidade deve, nesse sentido, integrar os parâmetros de qualidade e equidade da APS.

Para populações em situação de rua, as barreiras assumem características adicionais e desafiam modelos baseados predominantemente na procura espontânea pelos serviços. Pereira et al. (2024) evidenciaram a relevância de estratégias territorializadas, como o Consultório na Rua, para aproximar o cuidado de indivíduos que apresentam dificuldades de inserção nos fluxos assistenciais convencionais. Essa experiência demonstra que promover equidade pode exigir reorganização das práticas e diferentes modalidades de oferta, sobretudo quando os grupos mais vulnerabilizados são justamente aqueles com menor capacidade de alcançar os serviços pelos mecanismos tradicionais.

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta potencial para redução das desigualdades devido à sua orientação territorial, comunitária e longitudinal. A trajetória da ESF no SUS evidencia avanços importantes na ampliação da presença da APS, mas também períodos de inflexão e desafios relacionados à sustentabilidade e à preservação de seus atributos estruturantes (GIOVANELLA et al., 2026). A contribuição desse modelo para a equidade depende, portanto, não apenas do número de equipes implantadas, mas de sua capacidade operacional, integração territorial e continuidade ao longo do tempo.

As experiências do município do Rio de Janeiro ilustram a influência das decisões político-organizacionais sobre essa capacidade. Garcia e Socal (2022) identificaram repercussões decorrentes das mudanças introduzidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017, enquanto Pinto e Caldas (2025) demonstraram transformações decorrentes de um processo prolongado de reforma da APS. A comparação desses achados sugere que expansão e reorganização dos serviços dependem de sustentação política e institucional,

especialmente em sistemas descentralizados e marcados por diferenças na capacidade administrativa dos governos locais.

O financiamento constitui, nessa perspectiva, componente estrutural da equidade. Melo et al. (2025) demonstram que mecanismos federais de financiamento exerceram papel relevante na indução, expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, a disponibilidade de recursos precisa ser acompanhada por critérios distributivos capazes de considerar diferenças demográficas, epidemiológicas e territoriais. Caso contrário, localidades submetidas a maiores necessidades podem permanecer com menor capacidade operacional, reproduzindo desigualdades que a própria APS busca enfrentar.

A comparação entre Brasil, Chile e Colômbia realizada por Massuda et al. (2025) reforça que o fortalecimento da APS está relacionado não somente ao volume de investimentos, mas também às características institucionais e às prioridades assumidas pelos diferentes sistemas. Essa constatação adquire relevância para o contexto latino-americano, no qual limitações de financiamento, fragmentação assistencial e desigualdades socioeconômicas coexistem com diferentes modelos de organização da Atenção Primária.

Outro componente diretamente relacionado à capacidade operacional é a força de trabalho. Santric Milicevic et al. (2024) destacam que desigualdades na distribuição dos profissionais podem repercutir sobre a própria equidade em saúde. A expansão da infraestrutura apresenta alcance limitado quando não acompanhada por disponibilidade suficiente de trabalhadores, particularmente em áreas rurais, periféricas ou remotas. Políticas de

formação, provimento, distribuição, qualificação e retenção profissional devem, portanto, ser consideradas conjuntamente no planejamento da APS.

Além da capacidade estrutural dos serviços, a participação comunitária aparece como elemento relevante para aproximar as intervenções das necessidades dos territórios. Khatri et al. (2024) identificaram participação social, integração dos programas comunitários ao sistema de saúde, recursos adequados, governança e qualificação profissional entre os elementos associados à ampliação equitativa da cobertura. Entretanto, esses achados também demonstram que estratégias comunitárias dependem de suporte institucional, não devendo ser interpretadas como substitutas do investimento público e da organização sistêmica da APS.

A perspectiva latino-americana confirma que não existe um modelo único capaz de produzir equidade independentemente das condições em que é implementado. Maceira et al. (2024) destacam o potencial da APS para contribuir simultaneamente para equidade e sustentabilidade, enquanto Juárez Herrera y Cairo et al. (2024) identificam avanços e desafios nas reformas desenvolvidas em Brasil, Chile, Colômbia, México e Peru. As diferenças entre essas experiências demonstram que financiamento, força de trabalho, integração assistencial, governança e organização territorial condicionam os efeitos das políticas implementadas.

Dessa forma, os resultados permitem compreender o acesso equitativo como produto da interação entre disponibilidade, acessibilidade e adequação do cuidado. A primeira envolve existência e distribuição de serviços e profissionais; a segunda

corresponde à possibilidade concreta de utilização diante de barreiras geográficas, econômicas, físicas ou organizacionais; e a terceira relaciona-se à capacidade de responder às necessidades específicas dos indivíduos e territórios. A fragilidade de qualquer uma dessas dimensões pode limitar os efeitos produzidos pela ampliação da cobertura.

Essa compreensão apresenta implicações para o planejamento e a avaliação da APS. Indicadores quantitativos de cobertura permanecem relevantes, porém devem ser associados à avaliação da utilização, continuidade do cuidado, acessibilidade, necessidades não atendidas e distribuição territorial dos recursos. A adoção de parâmetros multidimensionais pode permitir a identificação de grupos que permanecem submetidos a barreiras assistenciais mesmo em contextos caracterizados por elevada cobertura.

Adicionalmente, o enfrentamento das iniquidades ultrapassa a capacidade isolada do setor saúde. Condições de renda, educação, mobilidade, habitação e proteção social interferem tanto nas necessidades de saúde quanto na possibilidade de utilização dos serviços. A APS ocupa posição estratégica para identificar essas vulnerabilidades e coordenar respostas, mas a redução das desigualdades requer articulação intersetorial e políticas públicas capazes de atuar sobre os determinantes que condicionam o acesso.

Esta revisão apresenta limitações decorrentes da heterogeneidade dos delineamentos, populações, contextos e indicadores empregados nos estudos selecionados, circunstância que restringe comparações diretas entre determinadas evidências. A diversidade conceitual utilizada para mensurar acesso e equidade também constitui desafio metodológico, conforme apontado por Fernandes,

Ribeiro e Ferreira (2025). Além disso, a concentração de parte das investigações em determinados contextos nacionais e regionais recomenda cautela na extrapolação dos achados para realidades assistenciais distintas.

Em conjunto, as evidências sustentam que a promoção da equidade na APS depende da articulação entre expansão assistencial e capacidade efetiva de responder às diferentes necessidades populacionais. Financiamento orientado pelas características territoriais, distribuição adequada da força de trabalho, acessibilidade, fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, participação comunitária e estratégias específicas para grupos submetidos a maiores barreiras constituem componentes complementares desse processo. Assim, a equidade deve ser incorporada como princípio operacional do planejamento, da organização e da avaliação da Atenção Primária, e não considerada consequência automática da universalização da cobertura.

CONCLUSÃO

A efetivação da equidade na Atenção Primária à Saúde requer condições assistenciais capazes de responder às diferentes necessidades sociais, territoriais e populacionais. Os achados reunidos indicam que barreiras socioeconômicas, limitações de acessibilidade, distribuição desigual da força de trabalho e aspectos relacionados ao financiamento e à organização dos serviços permanecem associados às diferenças na utilização da APS.

O enfrentamento dessas iniquidades demanda o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, planejamento orientado pelas particularidades dos territórios, adequada distribuição de recursos e

profissionais e desenvolvimento de estratégias específicas para grupos submetidos a maiores barreiras assistenciais. Essas medidas ampliam a capacidade da APS de oferecer respostas compatíveis com as necessidades existentes e de reduzir desigualdades no percurso do cuidado.

Conclui-se que a promoção da equidade deve constituir elemento transversal do planejamento, da organização e da avaliação da Atenção Primária, articulando universalidade, acessibilidade, continuidade e adequação da assistência. O fortalecimento dessas dimensões mostra-se fundamental para qualificar o cuidado e ampliar a capacidade do sistema de saúde de responder às necessidades da população de maneira justa e socialmente responsiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Ronaldo Fernandes Santos; BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; BARONI, Lais Ribeiro; BOCCOLINI, Patricia de Moraes Mello. Primary health care coverage in Brazil: a dataset from 1998 to 2020. *BMC Research Notes*, v. 16, p. 63, 2023. DOI: 10.1186/s13104-023-06323-0.

COUBE, Maíra; NIKOLOSKI, Zlatko; MREJEN, Matías; MOSSIALOS, Elias. Inequalities in unmet need for health care services and medications in Brazil: a decomposition analysis. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 19, p. 100426, **2023a**. DOI: 10.1016/j.lana.2022.100426.

COUBE, Maíra; NIKOLOSKI, Zlatko; MREJEN, Matías; MOSSIALOS, Elias. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *International Journal for Equity in Health*, v. 22, p. 25, **2023b**. DOI: 10.1186/s12939-023-01828-3.

FERNANDES, Ana Júlia Nociti Lopes; RIBEIRO, Luciana Cisoto; FERREIRA, Janise Braga Barros. Possible connections between health equity and primary health care: a scoping review. *BMC Public Health*, v. 25, p. 499, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-21526-9.

GARCIA, Fabricio Loureiro; SOCAL, Mariana. Impacts of the 2017 Brazilian National Primary Care Policy on public primary health care in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, e00219421, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XEN219421.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; AQUINO, Rosana; FACCHINI, Luiz Augusto. Thirty years of the Family Health Strategy in the Brazilian Unified National Health System: milestones, advances, setbacks and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 42, e00206025, 2026. DOI: 10.1590/0102-311XEN206025.

JUÁREZ HERRERA Y CAIRO, Lucero A.; CARRASCO-PORTIÑO, Mercedes; CUBA-FUENTES, María Sofía; GARCÍA, Leila Posenato; BERMÚDEZ-TAMAYO, Clara; PÉREZ-MUTO, Valeria. Primary health care reforms in Latin America: advances in Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Peru. *Gaceta Sanitaria*, v. 38, p. 102430, 2024. DOI: 10.1016/j.gaceta.2024.102430.

KHATRI, Resham B.; ENDALAMAW, Aklilu; ERKU, Daniel; WOLKA, Eskinder; NIGATU, Frehiwot; ZEWDIE, Anteneh; ASSEFA, Yibeltal. Enablers and barriers of community health programs for improved equity and universal coverage of primary health care services: a scoping review. *BMC Primary Care*, v. 25, p. 385, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02629-5.

KUPER, Hannah; PINTO, Alexandro Rodrigues; SILVA, Everton Nunes da; BARRETO, Jorge Otávio Maia; POWELL-JACKSON, Tim. Inclusion of disability in primary healthcare facilities and socioeconomic inequity in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, p. 39, 2024. DOI: 10.11606/S1518-8787.2024058005634.

MACEIRA, Daniel; PEÑALOZA QUINTERO, Rolando Enrique; SUAREZ, Patricia; PEÑA PEÑA, Laura Vanessa. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability: a review of Latin American and Caribbean literature. *International Journal for Equity in Health*, v. 23, p. 91, 2024. DOI: 10.1186/s12939-024-02149-9.

MASSUDA, Adriano; FERNANDEZ, Michelle; PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi; KEMPER, Elisandrêa Sguario. Primary health care policy investments in the Latin America context: health systems experiences from Brazil, Chile, and Colombia. *Health Policy Open*, v. 9, p. 100147, 2025. DOI: 10.1016/j.hpopen.2025.100147.

MELO, Mariana Alves; SILVA, André Schimidt da; PIMENTA, Aparecida Linhares; MENDES, Aquilas; PAIVA, José Luis Luli de. PHC funding over time: inducement, expansion, and qualification of the Family Health Strategy Model. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 12, e12642025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.12642025.

Ó, Débora Morgana Soares Oliveira do; SANTOS, Romário Correia dos; SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SANTOS, Mariana Olívia Santana dos; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 10, e00072322, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT072322.

PALMEIRA, Nathalia Campos; MORO, Julia Pustrelo; GETULINO, Fabiana de Abreu; VIEIRA, Yohana Pereira; SOARES JUNIOR, Abelardo de Oliveira; SAES, Mirelle de Oliveira. Analysis of access to health services in Brazil according to sociodemographic profile: National Health Survey, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 3, e2022966, 2022. DOI: 10.1590/S2237-96222022000300013.

PEREIRA, Aline Gonçalves; OLIVEIRA, Thais Barbosa de; CALDAS, Ana Luiza Ferreira Rodrigues; VIEIRA, José Eudes Barroso. Atenção à Saúde para quem (con)vive nas sombras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 11, e04182024, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242911.04182024.

PINTO, Luiz Felipe; CALDAS, Ana Luiza Ferreira Rodrigues. Fifteen years of the Primary Health Care Reform (RCAPS) in Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 7, e04112025, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025307.04112025.

PRATT, Coleman; TAYLOR, Riley; SMITH, Stacy D. Health equity and access to health care as a social determinant of health: the role of the primary care provider. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, v. 50, n. 4, p. 549–559, 2023. DOI: 10.1016/j.pop.2023.04.006.

REICHENBERGER, Veronika; CARVALHO, Maria Eduarda Lima de; SHAKESPEARE, Tom; HAMEED, Shaffa; LYRA, Tereza Maciel; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Velo de; PENN-KEKANA, Loveday; BRITO, Christina May Moran de; KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; KUPER, Hannah. Access to primary healthcare services among adults with disabilities in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, p. 45, 2024. DOI: 10.11606/S1518-8787.2024058005842.

SANTRIC MILICEVIC, M.; SCOTTER, C. D. P.; BRUNO-TOME, A.; SCHEERENS, C.; ELLINGTON, K. Healthcare workforce equity for

health equity: an overview of its importance for the level of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 39, n. 3, p. 945–955, 2024. DOI: 10.1002/hpm.3790.

WENDT, Andrea; MARMITT, Luana Patrícia; NUNES, Bruno P.; DUMITH, Samuel Carvalho; CROCHEMORE-SILVA, Inácio. Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in Southern Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 793–802, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022272.03052021.

¹ Cirurgião-Dentista Mestre em Saúde da Família Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM- FIOCRUZ) Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Cirurgião-Dentista Graduado pela Universidade Estácio de Sá – Juiz de Fora Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Cirurgiã-Dentista Especialista em Saúde Coletiva e Estratégia Saúde da Família – ESF Mestre em Perícias Forenses pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE Recife, Pernambuco. Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Cirurgião-Dentista Doutor em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE Serra Talhada, Pernambuco. Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Cirurgiã-Dentista Especialista em Saúde Coletiva Graduada pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE Recife,

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

⁶ Graduanda em Odontologia Centro Universitário Maurício de Nassau, Campus Caruaru Bezerros, Pernambuco, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Enfermeira Doutora em Saúde Pública Universidade do Estado do Amazonas – UEA Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Graduanda em Odontologia Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU Caruaru, Pernambuco, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Cirurgiã-Dentista Graduada pelo Centro Universitário UNIFACISA Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Cirurgião-Dentista Especialista em Periodontia Professor da Faculdade de Saúde Soberana Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)