POLÍTICAS VOLTADAS PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Amanda Helen Lopes Ribeiro[1] *Sarah Mendes de Oliveira Muraoka*[2]

RESUMO

A criação do SUS representou um marco importante, ampliando a oferta de cuidados, especialmente na atenção primária, entretanto, desigualdades territoriais, sociais e econômicas continuam influenciando a utilização dos serviços. Os achados revelam contrastes significativos entre áreas urbanas e rurais, bem como vulnerabilidades específicas de populações indígenas, grupos de baixa renda e municípios de pequeno porte, que enfrentam obstáculos como distância geográfica, falta de profissionais, infraestrutura limitada, racismo institucional, dificuldades de regulação e oferta insuficiente de média complexidade. Também se observou que determinantes ambientais, econômicos e sociais influenciam diretamente o estado de saúde da população e moldam padrões persistentes de exclusão. A aplicação de métodos mistos demonstrou que barreiras ao acesso envolvem tanto fatores objetivos quanto percepções e experiências subjetivas dos usuários. Apesar dos avanços promovidos por políticas públicas e pela expansão da atenção primária, persistem desafios relacionados ao financiamento, à coordenação federativa e à integração entre os níveis assistenciais. Ademais, vale ressaltar também que a equidade exige ações que priorizem grupos mais vulneráveis, fortaleçam a atenção básica, valorizem abordagens intersetoriais e garantam distribuição justa de recursos, reafirmando a necessidade de um sistema de saúde comprometido com justiça social, universalidade e inclusão.

***Palavras-chave**: Políticas de saúde; desigualdade em saúde; serviços de saúde.*

ABSTRACT

The creation of the Brazilian Unified Health System (SUS) represented an important milestone, expanding the provision of care, especially in primary care. However, territorial, social, and economic inequalities continue to influence the use of services. The findings reveal significant contrasts between urban and rural areas, as well as specific vulnerabilities of indigenous populations, low-income groups, and small municipalities, which face obstacles such as geographical distance, lack of professionals, limited infrastructure, institutional racism, regulatory difficulties, and insufficient provision of medium-complexity care. It was also observed that environmental, economic, and social determinants directly influence the health status of the population and shape persistent patterns of exclusion. The application of mixed methods demonstrated that barriers to access involve both objective factors and subjective perceptions and experiences of users. Despite

[1] Amanda Helen Lopes Ribeiro - Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário Atenas.
[2] Sarah Mendes de Oliveira Muraoka - Professor orientador do Cento Universitário Atenas.

the advances promoted by public policies and the expansion of primary care, challenges related to financing, federative coordination, and integration between levels of care persist. Furthermore, it is also worth highlighting that equity requires actions that prioritize the most vulnerable groups, strengthen primary care, value intersectoral approaches, and ensure a fair distribution of resources, reaffirming the need for a health system committed to social justice, universality, and inclusion.
Keywords: *Health policies; health inequality; health services.*

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou um marco na consolidação da saúde como direito universal no Brasil, colocando o Estado como responsável pela oferta e financiamento dos serviços de saúde. Desde então, diversas políticas públicas foram implementadas para tornar tal acesso mais eficiente e equitativo, resultando em avanços importantes, especialmente na atenção primária e no atendimento de emergência, com melhorias no cuidado pré-natal, na cobertura vacinal e no acesso a medicamentos. Apesar dos progressos e maior utilização do Sistema Único de Saúde pelas camadas mais pobres da população, as desigualdades regionais e socioeconômicas ainda são persistentes, particularmente quanto a cuidados preventivos.[1]

Entende-se que a saúde não é determinada apenas por escolhas individuais ou comportamentos, mas é resultado direto da organização social e das condições de vida. Assim, o compromisso dos Estados é fundamental para assegurar o direito à saúde e garantir o acesso universal e igualitário, isso, com a criação de projetos, como oficinas, palestras, academias ao ar livre e atividades que contribuem para um estilo de vida saudável.[6]

A atenção primária, nesse contexto, é um pilar central da estrutura do SUS e uma condição essencial para efetivar o princípio de “não deixar ninguém para trás”, defendido pela Agenda 2030. Evidências mostram que sistemas de saúde universais que se apoiam em uma atenção primária forte, com financiamento e prestação predominantemente públicos e regulação efetiva dos órgãos públicos, alcançam melhores resultados em termos de qualidade, eficiência e equidade.[6]

Ademais, o Ministério da Saúde e as demais esferas do SUS vêm implementando políticas específicas de promoção da equidade. Essas estratégias têm como objetivo minimizar as vulnerabilidades sociais que aumentam o risco de determinados grupos populacionais, considerando aspectos como nível de escolaridade, renda, condições de moradia, acesso a água tratada e saneamento, segurança alimentar e nutricional, além da participação ativa nos processos políticos.[11]

Contudo, a conjuntura atual é marcada por desafios complexos. O aumento do número de agentes e atores envolvidos na área da saúde, embora possa expandir recursos, também dificulta a coordenação e dilui a responsabilidade do governo. Essa realidade evidencia os conflitos de interesse e as dificuldades em subordinar as lógicas mercadológicas ao princípio da saúde como bem público, comprometendo a construção de um sistema verdadeiramente equitativo.[6]

Diante desse cenário, é fundamental reforçar o papel do Estado na regulação, no financiamento e na prestação de tais serviços, por meio de ações orientadas pela justiça social, para garantir que todos os brasileiros tenham acesso integral e de qualidade.[6]

METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir de pesquisas nas bases eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e SciELO, devido à relevância e abrangência das publicações disponíveis nesses repositórios. Para a busca, foram utilizados descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), nos idiomas português e inglês, incluindo os termos: “políticas de saúde”, “desigualdade em saúde” e “serviços de saúde”. Inicialmente, foram encontrados 50 artigos, que passaram por critérios de inclusão e exclusão.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos dezessetes anos, redigidos em português e inglês e com texto completo disponível. Foram excluídos trabalhos que não atendiam a essas condições, bem como publicações duplicadas ou que não abordavam diretamente os temas relacionados às políticas de saúde, desigualdade em saúde e serviços de saúde.

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de informações públicas e de livre acesso, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme previsto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios, 10 artigos foram selecionados e analisados minuciosamente, compondo a base da revisão bibliográfica apresentada na tabela (1).

Tabela 1 – Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa, Paracatu, MG, Brasil, 2025

Autores	Nome do Artigo	Ano de publicação	Objetivo (s)
ARRUDA, N. M., MAIA, A. G., ALVES, L. C.	Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **(A1)**	2018	Analisar os determinantes do acesso e das desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais no Brasil, por meio de um modelo de regressão logística binária e decomposição de fatores observáveis.
KABAD, J. F., PONTES, A. L. M.,	Relações entre produção cientifica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas	2020	Examinar a situação das populações indígenas no Brasil, destacando como processos de exclusão, marginalização e

MONTEIRO, S.	no campo da saúde coletiva. **(A2)**		discriminação ampliam a vulnerabilidade dessas comunidades frente a agravos à saúde.
DANTAS, M. N. P., SOUZA, D. L. B., SOUZA, A. M. G., AIQUOC, K. M., SOUZA, T. A., BARBOSA, I. R.	Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **(A3)**	2021	Comparar os fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde na população brasileira com 19 anos ou mais, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).
SILVA, C. R., CARVALHO, B. G., JÚNIOR, L. C., NUNES, E. F. P. A.	Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **(A4)**	2017	Avaliar o panorama da oferta de consultas médicas especializadas em municípios de pequeno porte, identificando quais especialidades apresentam maiores dificuldades de acesso apontadas pelos gestores locais e investigando os fatores estruturais e institucionais que agravam essa limitação.
HOUGHTON N., BASCOLO E., COITIÑO A., KOLLER T.S., FITZGERALD J.	Usando métodos mistos para compreender e superar as barreiras ao acesso aos serviços de saúde. **(A5)**	2023	Examinar o desenvolvimento e a aplicação de uma abordagem metodológica híbrida, que integra técnicas quantitativas e qualitativas, para identificar e compreender os obstáculos ao acesso aos serviços de saúde.
SOUZA, M. F., HAMANN, E. M.	Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?. **(A6)**	2009	Investigar os processos e as estratégias envolvidas na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em seus municípios pioneiros, enfocando especialmente como esses processos contribuíram ou não para promover mais equidade no acesso aos serviços básicos de saúde.
SOUZA, R. R.	Políticas e práticas de saúde e equidade. **(A7)**	2008	Avaliar os conceitos de igualdade e equidade em saúde dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando seus princípios estruturantes, revisando sua trajetória histórica e implantação, e refletindo sobre os

			desafios contemporâneos relacionados ao acesso em um contexto de recursos limitados e demandas crescentes.
BARRETO, M. L.,	Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **(A8)**	2017	Observar as desigualdades em saúde como um problema global, que afeta tanto países mais pobres quanto os mais ricos. Destacando dois componentes principais: as desigualdades entre grupos dentro de uma mesma sociedade e entre diferentes nações.
CARRAPATO, P., CORREIA, P., GARCIA, B.	Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **(A9)**	2024	Identificar, por meio de análise bibliométrica, os determinantes da saúde com maior impacto na saúde da população, categorizando-os em fatores ambientais, econômicos e sociais.
GRANJA, G. F., ZOBOLI, E. L. C. P., FORTES, P. A. C., FRACOLLI, L. A.	Equidade no sistema de saúde brasileiro: Uma teoria fundamentada em dados. **(A10)**	2010	Examinar a teoria sobre equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em evidências empíricas quanto fundamentos teóricos.

DISCUSSÃO

Apesar dos avanços sociais e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil continua apresentando desigualdades significativas no acesso aos serviços de saúde, evidenciadas tanto em indicadores populacionais quanto em percepções subjetivas. A diferença entre áreas urbanas e rurais é particularmente notável: em 2008, apenas 8% da população rural possuía algum plano privado de saúde, em contraste com 33% dos residentes urbanos, e no caso de cobertura para internações, os percentuais foram de 4% e 19%, respectivamente. Além disso, a percepção positiva de saúde variou de 62% entre os rurais para 72% entre os urbanos. A procura por serviços segue esse padrão, sendo menor no meio rural, especialmente em consultas preventivas. Esses dados evidenciam que desigualdades no acesso não se

restringem à infraestrutura, mas refletem também fatores socioeconômicos, incluindo renda, escolaridade, idade e costumes enraizados, que influenciam diretamente nessa procura por atendimento.[2,3]

Ademais, a decomposição dos fatores observáveis mostra que parte expressiva dessa desigualdade pode ser atribuída à distribuição desigual das condições socioeconômicas entre os territórios. Entretanto, a persistência de diferenças mesmo após o controle dessas variáveis, conhecida como efeito dos coeficientes, revela que indivíduos com perfis semelhantes são tratados de maneira desigual em termos de acesso, dependendo do território onde vivem. Isso aponta para a necessidade de políticas públicas que não apenas redistribuam renda ou ampliem a educação, mas que enfrentem diretamente os entraves estruturais do sistema de saúde nas áreas rurais, como a insuficiente cobertura da atenção primária, dificuldades de deslocamento e fragilidade da infraestrutura.[2]

No contexto das populações indígenas no Brasil, observa-se que a vulnerabilidade frente aos agravos à saúde é resultado de processos históricos de exclusão, ruptura territorial e negação de direitos básicos, como acesso à saúde, saneamento e alimentação adequada. Essas populações enfrentam barreiras geográficas como grandes distâncias até serviços de saúde e barreiras simbólicas, expressas no racismo institucional, na invisibilidade epidemiológica e na inadequação de práticas biomédicas diante dos modos de vida indígenas. A escassez de profissionais capacitados para atuação intercultural, somada à falta de participação das lideranças indígenas na formulação de políticas, reforça a marginalização. Assim, os agravos à saúde nesses povos não se explicam apenas por fatores biológicos ou ambientais, mas refletem desigualdades sociais, políticas e históricas profundamente enraizadas.[9]

Além disso, embora a produção científica sobre saúde indígena tenha se ampliado nas últimas décadas, essa expansão nem sempre se traduz em políticas públicas efetivas ou culturalmente adequadas. Muitos estudos permanecem restritos a diagnósticos epidemiológicos, sem articulação direta com as necessidades territoriais, culturais e sociais das comunidades. Esse distanciamento entre ciência, gestão e participação indígena contribui para a persistência de indicadores desfavoráveis, como altas taxas de mortalidade infantil, prevalência de doenças infecciosas e desnutrição. A vulnerabilidade é ampliada quando o Estado formula ações de saúde sem considerar os saberes tradicionais, a autonomia e as formas próprias de organização dessas populações, mantendo práticas assistencialistas e pouco resolutivas. Superar esse cenário exige políticas interculturais construídas com protagonismo indígena, valorização de seus sistemas de cura, fortalecimento da atenção básica e integração entre conhecimento científico e controle social.[9]

Ao analisar os fatores que influenciam o acesso precário aos serviços de saúde, fica evidente que desigualdades socioeconômicas e regionais desempenham papel central. Pessoas com menor renda e escolaridade, sobretudo nas regiões mais vulneráveis do país, enfrentam dificuldades tanto para alcançar unidades de saúde quanto para contar com atendimento contínuo, devido à oferta limitada de serviços e à escassez de profissionais. Para reduzir essas barreiras, é necessário fortalecer a atenção primária, melhorar a distribuição de recursos e profissionais, além de implementar estratégias que aproximem os serviços das populações mais afastadas, como transporte sanitário e telemedicina. Essas ações contribuem para tornar o acesso mais equitativo, garantindo que o sistema de saúde atenda às necessidades de todos, independentemente de localização ou condições sociais.[5]

Assim, a precariedade no acesso se intensifica entre aqueles que dependem exclusivamente do SUS, refletindo não apenas desigualdades de oferta, mas também falhas na integração dos serviços. A dificuldade em obter consultas regulares, acompanhamento de doenças crônicas e medicamentos essenciais evidencia a necessidade de políticas que articulem de forma contínua atenção básica, especializada e vigilância em saúde. Investir na regulação do acesso, garantir continuidade no fornecimento de medicamentos e aprimorar a formação e fixação de profissionais em regiões mais afastadas são estratégias que podem reduzir a vulnerabilidade e promover maior equidade. Dessa forma, compreender os determinantes do acesso precário permite orientar intervenções estruturadas que fortalecem o sistema de saúde e asseguram direitos para toda a população.[5]

Ao avaliar o panorama da oferta de consultas médicas especializadas em municípios de pequeno porte, observa-se que essas localidades enfrentam limitações significativas no acesso à média complexidade. Especialidades como cardiologia, endocrinologia e ortopedia são frequentemente relatadas como as mais difíceis de serem disponibilizadas, devido à escassez de profissionais qualificados, infraestrutura limitada e dificuldade de manutenção de equipamentos adequados. Esses problemas refletem não apenas a menor capacidade de atração e retenção de especialistas, mas também a fragilidade de mecanismos de regulação e agendamento, comprometendo a continuidade do cuidado e aumentando a necessidade de deslocamento dos pacientes para centros urbanos maiores.[10]

Dessa forma, os fatores estruturais e institucionais evidenciam que a precariedade no acesso não é apenas resultado da oferta insuficiente, mas também de desafios organizacionais internos aos municípios. A falta de planejamento integrado, ausência de protocolos de encaminhamento eficientes e dependência de repasses financeiros inconsistentes dificultam a organização das consultas especializadas. Para enfrentar essas barreiras, é fundamental fortalecer a gestão local, ampliar parcerias com hospitais de referência, incentivar a fixação de profissionais em pequenas cidades e explorar o uso de tecnologias de telemedicina para consultas e acompanhamento remoto. Essas medidas podem reduzir desigualdades, melhorar o acesso à média complexidade e garantir que moradores de municípios de pequeno porte recebam atenção especializada de forma oportuna e adequada.[10]

A aplicação de métodos mistos na análise do acesso aos serviços de saúde permite compreender de forma mais ampla as barreiras enfrentadas pela população. A integração de técnicas quantitativas, como análise de dados de utilização de serviços e indicadores socioeconômicos, com abordagens qualitativas, como entrevistas e grupos focais, possibilita identificar não apenas os fatores mensuráveis, mas também aspectos subjetivos, culturais e organizacionais que dificultam o acesso. Essa abordagem revela, por exemplo, como a percepção de qualidade do atendimento, a comunicação com profissionais de saúde e o entendimento das políticas públicas influenciam a decisão de buscar cuidado, fornecendo uma visão mais completa do problema do que seria possível com métodos isolados.[8]

Outrossim, a metodologia híbrida auxilia na formulação de estratégias direcionadas para superar essas barreiras. Ao combinar dados quantitativos que mostram padrões de uso e desigualdades com relatos qualitativos que expressam experiências e dificuldades vivenciadas pelos usuários, gestores e profissionais podem desenvolver intervenções mais contextualizadas e eficazes. Entre as soluções sugeridas estão o aprimoramento da informação sobre os serviços disponíveis, capacitação de equipes de saúde para

comunicação intercultural, implementação de sistemas de agendamento mais acessíveis e promoção de políticas que considerem fatores culturais e sociais. Dessa forma, a abordagem metodológica mista não apenas identifica obstáculos, mas também orienta ações concretas que aumentam a equidade e a efetividade do acesso aos serviços de saúde.[8]

No contexto da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios pioneiros, a estratégia se mostrou fundamental para enfrentar desigualdades históricas no acesso à atenção básica no Brasil. Ao reorganizar o cuidado em unidades próximas às residências e priorizar ações preventivas e educativas, o programa ampliou a cobertura da população e fortaleceu o vínculo entre profissionais de saúde e comunidade. Apesar disso, a efetividade do PSF apresentou variações de acordo com fatores estruturais locais, como a presença de equipes completas, infraestrutura adequada e suporte logístico, bem como o engajamento das lideranças municipais. Esses elementos indicam que a implantação isolada do programa não garante equidade, sendo essencial acompanhamento contínuo e ajustes às realidades sociais, culturais e geográficas de cada região.[12]

Por outro lado, a experiência dos municípios pioneiros evidencia que, embora o PSF tenha contribuído para reduzir barreiras ao acesso, desafios persistem e ainda limitam seu impacto. Entre esses desafios destacam-se a distribuição desigual de recursos humanos e materiais, lacunas na formação das equipes e a dificuldade de integração com outros níveis do sistema de saúde, como atenção especializada. Para ampliar a equidade, é necessário fortalecer a gestão municipal, investir na capacitação e fixação de profissionais, garantir infraestrutura adequada e promover articulação entre atenção primária, média e alta complexidade.[12]

Além disso, estratégias como monitoramento contínuo, avaliação participativa e incentivo à participação comunitária são fundamentais para consolidar o PSF como instrumento efetivo na redução das desigualdades no acesso aos serviços básicos de saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), os conceitos de igualdade e equidade em saúde assumem papel central na organização e oferta dos serviços. Enquanto a igualdade busca tratar todos de maneira uniforme, a equidade orienta a distribuição de recursos e atenção de acordo com vulnerabilidades e desigualdades, garantindo que populações mais desfavorecidas tenham acesso adequado. A trajetória histórica do SUS evidencia avanços significativos na universalização do atendimento, mas também revela desafios estruturais persistentes, como financiamento limitado, distribuição desigual de profissionais e infraestrutura insuficiente, que comprometem a efetivação plena desses princípios em diferentes regiões do país.[13]

Diante dos desafios contemporâneos, observa-se que a crescente demanda por serviços de saúde, combinada com recursos restritos, torna complexa a garantia de equidade e acesso integral. Problemas como longos tempos de espera, concentração de especialistas em grandes centros urbanos e limitações logísticas em áreas rurais ou periféricas mostram que a simples expansão da cobertura não assegura justiça no atendimento. Para avançar, é necessário fortalecer a atenção primária, melhorar a gestão de recursos, implementar políticas direcionadas a populações vulneráveis e integrar estratégias de monitoramento contínuo. Com isso, a compreensão aprofundada de igualdade e equidade permite orientar ações mais eficazes, promovendo redução das desigualdades e maior justiça social no sistema de saúde.[13]

No cenário global, as desigualdades em saúde se configuram como um problema que transcende fronteiras e níveis de desenvolvimento econômico. Tanto em países de baixa renda quanto em nações mais

ricas, populações vulneráveis enfrentam condições de vida e de acesso a serviços de saúde que comprometem indicadores essenciais, como expectativa de vida, mortalidade infantil e prevalência de doenças crônicas. Essas desigualdades refletem fatores socioeconômicos, ambientais e políticos, e não apenas diferenças biológicas ou individuais, evidenciando que o contexto social exerce papel central na determinação da saúde.[3]

Assim, é possível distinguir dois componentes principais das desigualdades em saúde, as diferenças entre grupos dentro de uma mesma sociedade e as disparidades entre países. Dentro de uma sociedade, pessoas com menor renda, baixa escolaridade ou pertencentes a grupos historicamente marginalizados enfrentam maiores obstáculos de acesso e menor qualidade de atenção. Entre nações, observa-se que países de baixa e média renda frequentemente apresentam sistemas de saúde subfinanciados, cobertura insuficiente e infraestrutura limitada, enquanto nações mais ricas enfrentam desigualdades internas que também comprometem o acesso universal. Compreender esses dois níveis de desigualdade é essencial para a formulação de políticas públicas globais e nacionais que promovam justiça social, equidade e redução das disparidades em saúde.[3]

No Brasil, a análise dos determinantes da saúde evidencia que fatores ambientais, econômicos e sociais exercem influência significativa sobre os indicadores de saúde da população. Questões como poluição, saneamento básico inadequado, condições de moradia e acesso a água potável demonstram a importância dos determinantes ambientais, enquanto desigualdades de renda, escolaridade e emprego impactam diretamente na capacidade de acesso a serviços de saúde e na adoção de comportamentos saudáveis. Esses elementos interagem de forma complexa, contribuindo para padrões persistentes de vulnerabilidade e diferenças no estado de saúde entre diferentes grupos populacionais.[4]

Quando se considera a promoção da equidade em saúde, a categorização dos determinantes permite compreender que ações integradas e multidimensionais são essenciais. Fatores sociais, como exclusão, discriminação e redes de suporte comunitário, influenciam tanto a exposição a riscos quanto a utilização dos serviços de saúde. Já os fatores econômicos e ambientais podem ser mitigados por políticas públicas efetivas que ampliem o acesso à educação, emprego, habitação e infraestrutura sanitária. Assim, a identificação desses determinantes orienta intervenções direcionadas que busquem reduzir desigualdades, melhorar a qualidade de vida e promover justiça social, reforçando que a equidade na saúde depende de estratégias que considerem os múltiplos contextos que afetam o bem-estar da população.[4]

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade se revela como um princípio que vai além da simples igualdade no acesso, incorporando fundamentos teóricos que orientam a distribuição de recursos de acordo com as necessidades da população. Sob essa perspectiva, a combinação de teoria e evidências empíricas indica que alcançar equidade no SUS exige ações que considerem as vulnerabilidades regionais e sociais da comunidade. A distribuição diferenciada de recursos, priorizando áreas ou grupos mais vulneráveis, é central para reduzir desigualdades. Além disso, é fundamental investir na capacitação e fixação de profissionais, na integração entre os diferentes níveis de atenção e na regulação eficiente dos serviços. Portanto, a compreensão teórica apoiada em dados orienta políticas públicas mais eficazes, capazes de promover justiça social e minimizar desigualdades históricas no sistema de saúde brasileiro.[7]

A atenção primária é apontada como eixo estratégico para reduzir barreiras de acesso, especialmente entre grupos em situação de vulnerabilidade. Métodos mistos, combinando dados quantitativos e qualitativos, revelam que obstáculos financeiros, geográficos, culturais e sociais impactam a utilização de serviços. Estudos demonstram que intervenções intersetoriais, incluindo políticas de transferência de renda e programas de proteção social, podem melhorar o acesso equitativo aos serviços de saúde.[3,4]

Do ponto de vista conceitual, a equidade em saúde exige mais do que igualdade formal, requerendo tratamento diferenciado conforme as necessidades clínicas e sociais de cada indivíduo. Essa perspectiva é reforçada pela teoria da justiça distributiva de Rawls, especialmente pelo princípio da diferença e pelo conceito de véu de ignorância, que propõe uma distribuição justa de recursos favorecendo os menos favorecidos. No contexto do SUS, embora a equidade ainda não seja plenamente alcançada devido a disputas de interesses e desigualdades estruturais, os valores de justiça social, acesso universal, priorização dos mais necessitados e redução de iniquidades podem servir como balizadores para gestores e profissionais de saúde, orientando o planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas.[7]

Portanto, a análise integrada dos artigos evidencia que as desigualdades no acesso à saúde no Brasil são multifacetadas, envolvendo fatores individuais, sociais, econômicos e territoriais, e se manifestam tanto entre indivíduos quanto entre municípios e grupos vulneráveis. A compreensão dessas disparidades é fundamental para a ciência e para a sociedade, pois fornece subsídios para a formulação de políticas de saúde mais eficazes e equitativas, fortalecendo o SUS, promovendo justiça social e garantindo direitos de cidadania. Investimentos em atenção primária, estratégias intersetoriais e priorização de populações mais vulneráveis são essenciais para reduzir desigualdades e avançar na construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal e inclusivo.[7]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades no acesso à saúde no Brasil permanecem como um desafio estrutural, apesar dos avanços conquistados pelo SUS. Essas disparidades se manifestam de forma territorial, social, econômica e cultural, atingindo principalmente populações rurais, indígenas e grupos de baixa renda. Superar esse cenário exige mais do que ampliar a cobertura dos serviços, é necessário garantir acesso real, contínuo e de qualidade, com distribuição justa de recursos, fortalecimento da atenção primária, integração entre os níveis de cuidado e políticas intersetoriais que enfrentem os determinantes sociais da saúde. Promover equidade é direcionar maior atenção aos que mais necessitam, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado, e avançando na construção de um sistema verdadeiramente universal, integral e socialmente justo.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, M. V. et al. **A equidade na cobertura da estratégia saúde da família em Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00130414. Acesso em: 23 abr. 2025.

2. ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00213816, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816. Acesso em: 1 set. 2025.

3. BARRETO, M. L. **Desigualdades em saúde: uma perspectiva global**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017. Acesso em: 1 set. 2025.

4. CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 3, p. 676–689, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304. Acesso em: 1 set. 2025.

5. DANTAS, M. N. P. et al**. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 24, e210004, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720210004. Acesso em: 1 set. 2025.

6. FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz; BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Saúde em debate, v. 42., p. 434-451, set. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130. Acesso em: 23 abr. 2025.

7. GRANJA, G. F. et al. **Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados**. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 34, n. 1, p. 93–108, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n1.a14. Acesso em: 1 set. 2025.

8. HOUGHTON, N. et al. **Utilizando métodos mistos para compreender e enfrentar barreiras ao acesso aos serviços de saúde**. Revista Panamericana de Saúde Pública, Washington, v. 47, e117, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.117. Acesso em: 1 set. 2025.

9. KABAD, J. F.; PONTES, A. L. de M.; MONTEIRO, S. **Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 25, n. 5, p. 1653–1666, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33762019. Acesso em: 1 set. 2025.

10. SILVA, C. R. et al. **Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016. Acesso em: 1 set. 2025.

11. SIQUEIRA, S. A. V. DE.; HOLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. **Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: O papel do Ministério da sáude**. Ciência e Saúde coletiva, v. 22, n. 5, p. 1397-1405, maio 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016. Acesso em: 25 abr. 2025.

12. SOUZA, M. F., HAMANN, E. M. **Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?** Physis [Internet], v. 19, n. 3, p. 711–729, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300009. Acesso em: 1 set. 2025.

13. SOUZA, R. R. de. **Políticas e práticas de saúde e equidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, supl. spe, p. 765–770, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004. Acesso em: 1 set. 2025.