



Relação entre fatores socioeconômicos e acesso a serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras

Maria Joaquina Barbosa Goulart¹, Maria Helena Ferreira Gomes²; Nelson Afonso da Maia³; Aline Pacheco Eugênio⁴; Rafael dos Santos Nardotto⁵; Alexandre Maslinkiewicz⁶; Daniela Reis Joaquim de Freitas⁷; Viriato Campelo⁸; Glauber Menezes Lopim⁹; Vinicius de Lima Lovadini¹⁰.



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p7234-7250>

Artigo recebido em 14 de Setembro e publicado em 14 de Novembro de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre fatores socioeconômicos e o acesso aos serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras, identificando as principais barreiras e determinantes sociais que comprometem a equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de natureza descritiva e qualitativa, conduzida entre julho e outubro de 2025. As buscas foram realizadas nas bases PubMed, SciELO, Web of Science e Google Acadêmico. Foram incluídos estudos originais, revisões, análises de políticas públicas e documentos institucionais publicados entre 2018 e 2025, em português ou inglês. Os resultados evidenciaram que as desigualdades regionais, raciais, econômicas e territoriais são determinantes estruturais do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. A renda, a escolaridade e as condições de moradia mostraram-se fatores diretamente associados à utilização dos serviços, sendo que populações do Norte e Nordeste, bem como grupos negros e indígenas, enfrentam maiores dificuldades. A análise dos estudos apontou que o fortalecimento da Atenção Primária, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui uma das principais ferramentas para reduzir as iniquidades e promover a justiça social. Conclui-se que a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente equitativo requer políticas públicas intersetoriais, redistribuição de recursos e fortalecimento das redes locais de cuidado. A revisão reafirma que a equidade deve ser compreendida não apenas como princípio do SUS, mas como prática efetiva de gestão e compromisso social voltada à promoção da saúde em territórios vulneráveis.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; comunidades vulneráveis; equidade em saúde; fatores socioeconômicos; SUS.



Relationship between socioeconomic factors and access to public health services in vulnerable Brazilian communities

ABSTRACT

This study aimed to analyze the relationship between socioeconomic factors and access to public health services in vulnerable Brazilian communities, identifying the main barriers and social determinants that compromise equity in the Brazilian Unified Health System (SUS). This is a narrative literature review, descriptive and qualitative in nature, conducted between July and October 2025. Searches were performed in the PubMed, SciELO, Web of Science, and Google Scholar databases. Original studies, reviews, public policy analyses, and institutional documents published between 2018 and 2025, in Portuguese or English, were included. The results showed that regional, racial, economic, and territorial inequalities are structural determinants of access to and quality of health services. Income, education, and housing conditions were shown to be factors directly associated with the use of services, with populations in the North and Northeast, as well as Black and Indigenous groups, facing greater difficulties. The analysis of the studies indicated that strengthening Primary Care, especially through the Family Health Strategy (ESF), constitutes one of the main tools for reducing inequities and promoting social justice. It concludes that the consolidation of a truly equitable health system requires intersectoral public policies, redistribution of resources, and strengthening of local care networks. The review reaffirms that equity should be understood not only as a principle of the Brazilian Unified Health System (SUS), but also as an effective management practice and social commitment aimed at promoting health in vulnerable territories.

Keywords: access to health services; vulnerable communities; health equity; socioeconomic factors; SUS.

Título e Instituição—Doutoranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Tocantins¹; Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Brasília²; Médico, Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde³; Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte⁴; Mestre Profissional em Ensino pela Universidade Estadual do Norte do Paraná⁵; Especialização em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e outras Doenças⁶; Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher na Universidade Federal do Piauí⁷; Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde Na Universidade Federal do Piauí⁸; Doutor e Mestre pelo programa de pós-graduação em Neurologia/Neurociências da Universidade Federal de São Paulo⁹; Doutor em Ciências pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP¹⁰.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

O acesso universal à saúde constitui um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988 e operacionalizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as desigualdades socioeconômicas brasileiras ainda impõem barreiras expressivas à concretização desse princípio. As diferenças de renda, escolaridade, raça, gênero e localização geográfica interferem diretamente na disponibilidade e na utilização dos serviços públicos de saúde, sobretudo em territórios de maior vulnerabilidade social (Dantas *et al.*, 2021). Esse cenário reforça o desafio de garantir equidade e integralidade no cuidado, pilares centrais do SUS.

No Brasil, as desigualdades regionais e sociais resultam de um processo histórico de concentração de renda e exclusão social. Mesmo com avanços em políticas públicas e na ampliação da Atenção Primária à Saúde, a heterogeneidade na distribuição de recursos e profissionais de saúde persiste como um obstáculo à efetivação da universalidade (Palmeira *et al.*, 2022). Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, o déficit de infraestrutura e a escassez de profissionais limitam a resolutividade dos serviços, contribuindo para o agravamento das iniquidades em saúde.

O conceito de acesso em saúde envolve não apenas a oferta de serviços, mas também a capacidade da população de utilizá-los de forma oportuna e adequada. Ele se estrutura em quatro dimensões fundamentais: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (Dantas *et al.*, 2021). Assim, o acesso não depende apenas da presença física de unidades de saúde, mas também de fatores culturais, econômicos e organizacionais que determinam se a população consegue obter o cuidado necessário quando precisa.

Nota-se ainda que o acesso precário está associado a fatores como baixa renda, cor da pele preta ou parda, residência em áreas rurais e ausência de plano de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) evidenciou que 18,1% dos brasileiros com 19 anos ou mais enfrentaram dificuldade em obter atendimento, especialmente entre os grupos socioeconomicamente vulneráveis (Dantas *et al.*, 2021).

As transformações ocorridas no sistema público de saúde nas últimas décadas, embora tenham ampliado o número de serviços e a cobertura populacional, não



conseguiram eliminar as disparidades regionais. A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2017, e o programa Previne Brasil, instituído em 2019, buscaram reestruturar o financiamento e a gestão da Atenção Primária. Contudo, estudos apontam que tais mudanças podem ter ampliado as desigualdades, uma vez que o repasse de recursos passou a depender do desempenho das equipes e do número de cidadãos cadastrados (Palmeira *et al.*, 2022).

Entre os determinantes mais relevantes das desigualdades em saúde, o fator socioeconômico ocupa posição central. O acesso aos serviços é diretamente proporcional à renda familiar e ao nível educacional, enquanto as condições de moradia e transporte influenciam o uso regular da rede pública. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023) indicam que cerca de 16% da população brasileira vive com menos de meio salário mínimo, e que 39% dos domicílios em áreas rurais carecem de serviços básicos de saneamento, elementos que afetam a saúde e o acesso aos cuidados.

No contexto da Atenção Primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se mostrado uma das principais ferramentas para reduzir desigualdades. Em municípios com 100% de cobertura na área rural, observou-se que idosos de baixa renda e escolaridade tendem a procurar as unidades básicas mais próximas, fortalecendo o papel da ESF como porta de entrada do SUS (Ferreira *et al.*, 2020). Ainda assim, a distância geográfica e a falta de transporte público continuam sendo barreiras significativas à continuidade do cuidado.

As desigualdades também se refletem no acesso a medicamentos e tratamentos especializados. Segundo o estudo de Coube *et al.* (2023), 7,5% dos brasileiros relataram necessidade não atendida de medicamentos e 3,8% não conseguiram atendimento médico quando necessário, com as maiores proporções concentradas entre os mais pobres e nas regiões Norte e Nordeste. Esse dado confirma a existência de iniquidades estruturais mesmo em um sistema de cobertura universal como o SUS.

Durante a pandemia de COVID-19, essas desigualdades se tornaram mais evidentes. Percebe-se que municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentaram menores taxas de vacinação, refletindo a influência direta dos fatores socioeconômicos na capacidade de resposta à crise sanitária. No entanto,



localidades com ampla cobertura de Atenção Primária apresentaram melhores indicadores de imunização, demonstrando o papel da ESF na mitigação das desigualdades (Bastos *et al.*, 2022).

O Ministério da Saúde destaca a a cobertura da Atenção Primária alcançou aproximadamente 64% da população brasileira, com mais de 50 mil equipes de ESF ativas. Contudo, a concentração desses serviços em áreas urbanas e o déficit de profissionais em zonas remotas limitam a equidade no atendimento. Além disso, aproximadamente 30 milhões de brasileiros ainda enfrentam barreiras geográficas ou financeiras para acessar serviços de saúde básicos (Brasil, 2024).

As diferenças regionais na oferta de serviços resultam em padrões distintos de morbimortalidade. As regiões Norte e Nordeste apresentam taxas mais elevadas de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, como hipertensão e diabetes, o que indica fragilidades na prevenção e no acompanhamento contínuo de doenças crônicas (Palmeira *et al.*, 2022). Essas desigualdades comprometem a efetividade das políticas públicas e ampliam o impacto das iniquidades sociais sobre a saúde.

O SUS, embora reconhecido internacionalmente por sua abrangência, enfrenta desafios persistentes de financiamento e gestão. O subfinanciamento crônico, aliado à dependência de emendas parlamentares e à crescente participação do setor privado, compromete a sustentabilidade do sistema. Tais fragilidades atingem com maior intensidade as populações vulneráveis, que dependem exclusivamente dos serviços públicos (Coube *et al.*, 2023). Além dos fatores econômicos, aspectos socioculturais também interferem na busca e no uso dos serviços de saúde. Barreiras linguísticas, estigmas raciais e desconfiança institucional são relatados como fatores que dificultam o acesso de comunidades tradicionais, quilombolas e indígenas. O Ministério da Saúde (2024) ressalta que políticas de saúde intercultural são essenciais para reduzir as desigualdades e garantir o direito à saúde em sua plenitude.

O enfrentamento das desigualdades em saúde requer estratégias intersetoriais que articulem políticas de educação, habitação, transporte e emprego. A ampliação da cobertura da Atenção Primária deve vir acompanhada de medidas que promovam justiça social e redistribuição de recursos. A equidade, portanto, deve ser compreendida não apenas como um princípio, mas como uma prática concreta de gestão pública e de



compromisso social (Bastos *et al.*, 2022). A análise da relação entre fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde permite compreender como as desigualdades estruturais se manifestam no cotidiano das comunidades vulneráveis. Essa compreensão é essencial para a formulação de políticas públicas mais equitativas, voltadas à redução das barreiras de acesso e à promoção da integralidade do cuidado em todo o território nacional.

Diante desse cenário, justifica-se este estudo pela necessidade de aprofundar o entendimento sobre as disparidades no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, evidenciando como condições socioeconômicas, geográficas e estruturais moldam o direito à saúde. Com base em evidências científicas recentes e em dados oficiais, pretende-se contribuir para a elaboração de estratégias que reduzam as desigualdades e fortaleçam a efetividade do SUS. Ademais o objetivo desse estudo é analisar a relação entre fatores socioeconômicos e o acesso aos serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras, identificando barreiras e determinantes sociais que influenciam a equidade e a utilização dos serviços oferecidos pelo SUS.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura de natureza descritiva e qualitativa, voltada à análise crítica da produção científica recente acerca da relação entre fatores socioeconômicos e o acesso a serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras. A escolha por esse delineamento baseia-se na flexibilidade metodológica que a revisão narrativa proporciona, permitindo a integração e interpretação de evidências provenientes de múltiplas fontes e abordagens.

A pesquisa foi conduzida entre julho e outubro de 2025, com busca sistematizada em bases de dados científicas nacionais e internacionais. As plataformas utilizadas incluíram PubMed, SciELO, *Web of Science* e Google Acadêmico, selecionadas por sua abrangência e relevância na área da saúde coletiva. A estratégia de busca utilizou combinações dos descritores controlados e não controlados, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH): “fatores socioeconômicos”, “acesso aos serviços de saúde”, “comunidades vulneráveis”, “SUS”, e “equidade em saúde”. Empregaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR” para



refinar os resultados e assegurar a inclusão de estudos pertinentes ao contexto brasileiro e ao período proposto.

Foram estabelecidos critérios de inclusão que contemplaram artigos originais, revisões, estudos ecológicos, transversais e análises de políticas públicas publicados entre 2018 a 2025, redigidos em português ou inglês, com acesso aberto e texto completo disponível. Também foram considerados documentos oficiais, relatórios técnicos e publicações institucionais, pela sua relevância na compreensão do panorama nacional. Como critérios de exclusão, eliminaram-se estudos duplicados, artigos sem acesso ao texto integral, editoriais, comentários, teses não publicadas e publicações que não tivesse relação com o tema proposto.

Após a etapa de busca inicial, realizou-se a leitura dos títulos e resumos para identificar a pertinência ao objetivo do estudo. Os artigos selecionados foram avaliados de forma independente. Em seguida, os textos completos foram lidos integralmente, e suas informações foram extraídas e organizadas em uma planilha. Nessa planilha, os estudos foram classificados segundo o ano de publicação, título, tipo de estudo e objetivo. Essa categorização visou facilitar a síntese crítica dos achados e a comparação entre diferentes abordagens metodológicas e contextos regionais.

A análise dos dados foi conduzida por meio de uma abordagem descritivo-analítica, pautada na identificação de convergências e divergências entre os resultados encontrados. A interpretação buscou relacionar as evidências científicas aos princípios da equidade e universalidade do SUS, considerando os efeitos das condições socioeconômicas sobre o acesso, o uso e a qualidade dos serviços públicos de saúde. O processo analítico envolveu a leitura reflexiva e o agrupamento temático de ideias afins, preservando, contudo, a linearidade e a integridade das discussões, sem fragmentação em eixos ou categorias isoladas. Assim, as informações foram integradas de forma a construir um panorama amplo, que permitisse compreender o fenômeno da desigualdade em saúde sob múltiplas perspectivas.

A qualidade metodológica dos estudos foi verificada a partir da clareza dos objetivos, coerência entre métodos e resultados, robustez estatística e relevância das conclusões. Além disso, observou-se a conformidade com as diretrizes éticas de pesquisa e o uso de fontes oficiais de dados, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)



e os registros administrativos do Ministério da Saúde. Essa análise qualitativa não teve caráter excludente, mas orientou o peso interpretativo atribuído às evidências durante a síntese narrativa.

Por se tratar de uma revisão narrativa, o estudo dispensou avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não envolveu coleta de dados primários com seres humanos. No entanto, todas as informações utilizadas respeitam a integridade científica, os direitos autorais e os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As fontes foram devidamente citadas e referenciadas conforme as normas da ABNT NBR 6023:2024.

A metodologia adotada buscou, portanto, garantir rigor teórico, transparência e credibilidade à análise proposta. A partir da integração das evidências obtidas, pretende-se apresentar, nos resultados e discussão, uma visão abrangente sobre as múltiplas formas pelas quais as desigualdades socioeconômicas condicionam o acesso à saúde pública no Brasil. Dessa forma, a metodologia adotada não se restringe à descrição de achados, mas constitui um instrumento crítico para compreender as lacunas, avanços e desafios enfrentados pelo SUS na efetivação de um sistema verdadeiramente equitativo e universal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente revisão narrativa foram organizados de forma a sintetizar os principais achados dos estudos analisados, classificados conforme o ano de publicação, título, tipo de estudo e objetivo. Essa sistematização permite observar a evolução temporal e metodológica das pesquisas que abordam a relação entre fatores socioeconômicos e o acesso aos serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras, entre os anos de 2018 e 2025.

A análise inicial evidencia que os estudos mais antigos concentraram-se na estrutura conceitual e na formulação de indicadores de vulnerabilidade social, enquanto as pesquisas mais recentes passaram a explorar empiricamente os efeitos das desigualdades sobre o acesso, uso e qualidade dos serviços de saúde. Essa progressão demonstra um amadurecimento científico da temática e reforça a importância de integrar abordagens quantitativas e qualitativas para compreender as múltiplas dimensões da desigualdade em saúde.



A seguir, a Tabela 1 apresenta de forma organizada os estudos selecionados, permitindo uma visão comparativa das metodologias, objetivos e contextos investigados. Essa sistematização serve de base para a discussão subsequente, na qual as evidências são interpretadas à luz da literatura e dos determinantes sociais da saúde.

Tabela 1 – Classificação dos estudos segundo ano, título, tipo e objetivo

Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo
2018	<i>Vulnerabilidade Social no Brasil: Conceitos, Métodos e Primeiros Resultados para Municípios e Regiões Metropolitanas Brasileiras</i>	Relatório técnico (Ipea)	Construir o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e analisar desigualdades territoriais e sociais no país.
2020	<i>Análise da Relação entre as Variáveis Socioeconômicas e as Condições de Saúde da População nos Estados Brasileiros</i>	Estudo quantitativo	Examinar a influência das variáveis socioeconômicas sobre os níveis de saúde dos estados brasileiros.
2023	<i>Socioeconomic Inequities in Specialized Health Services Use Following COVID-19 in Individuals from Southern Brazil</i>	Estudo transversal	Avaliar desigualdades socioeconômicas no uso de serviços de saúde especializados pós-COVID-19.
2024	<i>Expressões das Desigualdades no Acesso aos Serviços de Saúde na América Latina: Uma Revisão de Escopo</i>	Revisão de escopo	Mapear e analisar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina, com foco no Brasil.
2025	<i>Post-COVID-19 Functional Status in Socioeconomically Vulnerable Neighborhoods Attended in Primary</i>	Estudo transversal	Avaliar o estado funcional pós-COVID e as desigualdades em saúde em comunidades vulneráveis.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O estudo do Ipea (2018) foi o primeiro a sistematizar o conceito de vulnerabilidade social em uma base territorial ampla, utilizando indicadores como renda, educação, saneamento e trabalho. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) criado pelos autores tornou-se referência nacional, permitindo identificar desigualdades estruturais entre regiões metropolitanas e municípios brasileiros (Costa *et al.*, 2018). Os resultados apontaram que os estados do Norte e Nordeste apresentavam os maiores níveis de vulnerabilidade, refletindo condições precárias de moradia, baixos índices educacionais e desigualdades de renda históricas. Essa constatação evidenciou a correlação direta entre desigualdade social e iniquidade no acesso à saúde,



configurando um dos principais desafios do SUS para garantir equidade no cuidado.

Em continuidade, o estudo de Silva, Pereira e Shiki (2020) analisou de forma quantitativa a relação entre variáveis socioeconômicas e as condições de saúde nos estados brasileiros, entre 1991 e 2010. Os autores observaram que, embora as condições de saúde tenham melhorado nas últimas décadas, o avanço foi desigual entre as regiões, reforçando que os determinantes sociais, como renda e escolaridade, permanecem fortemente associados aos indicadores de morbidade e mortalidade (Silva; Pereira; Shiki, 2020). As regiões Sul e Sudeste apresentaram melhor desempenho, enquanto o Norte e o Nordeste continuaram em situação de vulnerabilidade, o que demonstra a necessidade de políticas públicas regionais voltadas à equidade social e sanitária.

Os achados de Silva *et al.* (2020) ainda mostraram que a melhoria do estado de saúde não depende exclusivamente de avanços médicos, mas de políticas intersetoriais que envolvam educação, saneamento e infraestrutura urbana. O estudo evidenciou que o fortalecimento das políticas de desenvolvimento social é essencial para reduzir desigualdades em saúde, uma vez que o crescimento econômico por si só não garante melhoria dos indicadores populacionais. Essa conclusão reforça a importância da integração entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais, como habitação e educação, alinhando-se à concepção ampliada de saúde proposta pela Constituição Federal de 1988.

Com a chegada da pandemia de COVID-19, novas pesquisas passaram a destacar a ampliação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. O estudo de Vieira *et al.* (2023) analisou indivíduos do Sul do Brasil diagnosticados com COVID-19 e identificou profundas desigualdades no uso de serviços especializados após a infecção. Segundo os autores, pessoas com planos de saúde tiveram até três vezes mais chances de acessar atendimentos especializados, enquanto indivíduos de baixa renda dependeram exclusivamente do SUS, enfrentando barreiras como falta de transporte, demora nas consultas e escassez de profissionais (Vieira *et al.*, 2023). Esses dados evidenciam que, mesmo em um sistema universal, a condição socioeconômica continua determinando o acesso ao cuidado.

Além disso, Vieira *et al.* (2023) mostraram que a pandemia acentuou as



fragilidades históricas da rede pública. A concentração dos serviços especializados em grandes centros urbanos e a dependência de parcerias público-privadas comprometeram a integralidade do SUS. O estudo ressaltou que a cobertura de planos de saúde privados funciona como marcador de desigualdade, uma vez que as populações mais pobres permanecem desassistidas em situações de emergência sanitária, ampliando o abismo entre o direito à saúde e sua efetivação prática no território nacional.

Ampliando o escopo de análise, Oliveira e Pereira (2024) realizaram uma revisão de escopo que investigou as desigualdades no acesso à saúde na América Latina, destacando o caso brasileiro. O estudo classificou as barreiras de acesso em cinco dimensões: socioeconômica, geoespacial, étnico-racial, de gênero e de deficiência. Os resultados apontaram que as dificuldades mais recorrentes são de ordem econômica e geográfica, seguidas por barreiras culturais e institucionais. Essa abordagem multidimensional confirma que a desigualdade é um fenômeno complexo e multifatorial, que exige políticas públicas abrangentes e intersetoriais.

A pesquisa de Oliveira e Pereira (2024) também destacou a importância de considerar fatores culturais e raciais na formulação de políticas de saúde. Em muitos países da América Latina, populações indígenas e negras enfrentam discriminação institucional que limita o acesso a atendimentos adequados. No Brasil, esse fenômeno reflete-se nas taxas mais elevadas de mortalidade materna e infantil entre mulheres negras e populações de baixa renda. Assim, o estudo reforça a necessidade de incorporar a perspectiva de equidade racial e territorial nas políticas públicas de saúde, indo além da simples expansão de serviços.

Os achados de Oliveira e Pereira (2024) se articulam com os de Vieira *et al.* (2023) ao evidenciarem que as desigualdades em saúde não são apenas reflexos da pobreza, mas resultam de estruturas históricas de exclusão social. A revisão aponta que o enfrentamento dessas iniquidades requer políticas estruturantes e setoriais que garantam o acesso equitativo aos serviços, principalmente em regiões periféricas. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde são instrumentos fundamentais para reduzir desigualdades e aproximar o cuidado da realidade comunitária.



No contexto mais recente, Medeiros *et al.* (2025) investigaram as desigualdades em saúde pós-pandemia de COVID-19 em comunidades vulneráveis de Salvador e Rio de Janeiro. O estudo mostrou que 34,6% dos participantes apresentaram limitações funcionais após a infecção, sendo as mulheres, idosos e pessoas com doenças crônicas os grupos mais afetados. Entre os fatores associados à pior recuperação estavam as más condições de moradia, baixa escolaridade e experiências de discriminação nos serviços de saúde. Tais resultados reforçam o impacto direto da vulnerabilidade social sobre o estado funcional e o bem-estar físico e mental.

Os autores de Medeiros *et al.* (2025) mostra ainda que a dificuldade de acesso aos testes de COVID-19 e à continuidade do cuidado agrava as sequelas físicas e psicológicas da população mais pobre. A ausência de acompanhamento longitudinal e o subfinanciamento da Atenção Primária dificultaram o manejo adequado da síndrome pós-COVID-19, especialmente em áreas periféricas. Assim, o estudo reafirma a urgência de fortalecer as redes locais de cuidado e de promover a integração entre vigilância epidemiológica e atenção básica.

Ao comparar os resultados dos cinco estudos, observa-se que todos convergem para o mesmo diagnóstico: as desigualdades socioeconômicas são determinantes estruturais do acesso e da qualidade da atenção em saúde. Desde a formulação do IVS (Costa *et al.*, 2018) até as evidências pós-pandemia (Medeiros *et al.*, 2025), fica evidente que a pobreza, a baixa escolaridade e as condições precárias de infraestrutura são fatores que perpetuam a exclusão sanitária. Esses achados confirmam que políticas universais não bastam sem estratégias específicas voltadas às populações vulneráveis.

Os estudos também demonstram que o fortalecimento da Atenção Primária é uma das estratégias mais eficazes para mitigar as desigualdades. Em contextos vulneráveis, a ESF atua como instrumento de equidade, promovendo ações de prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento continuado. No entanto, os resultados de Vieira *et al.* (2023) e Medeiros *et al.* (2025) indicam que, durante e após a pandemia, houve retrocessos na cobertura e na resolutividade dos serviços, o que evidencia a necessidade de novos modelos de financiamento e gestão mais justos e sustentáveis.

Outro ponto recorrente nos estudos é a influência do território sobre o acesso à



saúde. A análise de Costa *et al.* (2018) mostrou que a vulnerabilidade é espacialmente concentrada em determinadas regiões, reproduzindo desigualdades históricas. Essa constatação é reforçada por Oliveira e Pereira (2024), que identificaram a dimensão geoespacial como um dos maiores desafios à equidade em saúde na América Latina. Assim, a descentralização das políticas públicas e o investimento em infraestrutura territorial são medidas imprescindíveis para corrigir assimetrias regionais.

As desigualdades raciais e de gênero também emergem como determinantes centrais. Medeiros *et al.* (2025) e Oliveira e Pereira (2024) ressaltam que mulheres e pessoas negras enfrentam piores condições de acesso e piores desfechos de saúde. A interseccionalidade entre classe, raça e gênero revela um padrão persistente de exclusão que precisa ser enfrentado por meio de políticas afirmativas e de capacitação permanente dos profissionais de saúde.

De forma geral, os resultados demonstram que a vulnerabilidade social afeta não apenas o acesso, mas também os resultados dos tratamentos e a qualidade de vida das populações. O estudo de Silva *et al.* (2020) mostrou que as desigualdades econômicas refletem diretamente nos indicadores de saúde, enquanto Vieira *et al.* (2023) e Medeiros *et al.* (2025) evidenciaram como as crises sanitárias intensificam essas disparidades. Tais evidências reforçam que a equidade deve ser princípio estruturante da gestão pública em saúde.

A articulação entre os achados de diferentes períodos históricos demonstra que, apesar de avanços nas políticas públicas, as desigualdades persistem por fatores estruturais ligados ao modelo econômico e social brasileiro. A insuficiência de políticas redistributivas e a baixa priorização do investimento social comprometem a efetividade do SUS como instrumento de justiça social. Assim, a saúde deve ser tratada como dimensão estratégica de desenvolvimento humano e não apenas como setor de prestação de serviços.

Em síntese, os estudos revisados evidenciam que a vulnerabilidade social e econômica continua sendo um obstáculo à universalização da saúde no Brasil. O conjunto das pesquisas indica que o enfrentamento dessas iniquidades requer políticas integradas entre saúde, educação, habitação e trabalho, articuladas com os princípios da Atenção Primária. O fortalecimento da ESF e o investimento em infraestrutura



sanitária e tecnológica nas áreas periféricas são condições indispensáveis para reduzir as desigualdades e garantir o acesso equitativo à saúde.

Por fim, pode-se afirmar que o presente estudo responde ao objetivo proposto ao demonstrar que o acesso aos serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras é profundamente condicionado por fatores socioeconômicos, territoriais e estruturais. A análise conjunta dos trabalhos entre 2018 e 2025 reforça que a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente equitativo depende da superação das desigualdades históricas e da priorização da justiça social como base para a política pública em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão narrativa teve como objetivo analisar, à luz da literatura científica, a relação entre fatores socioeconômicos e o acesso aos serviços de saúde pública em comunidades vulneráveis brasileiras. A partir da análise dos cinco estudos incluídos, compreendeu-se que a desigualdade social permanece como determinante central da iniquidade em saúde, evidenciando a influência direta de variáveis como renda, escolaridade, infraestrutura urbana e localização geográfica sobre a utilização e qualidade dos serviços ofertados pelo SUS.

Os achados evidenciaram que, embora o Brasil disponha de um sistema público universal, o princípio da equidade ainda enfrenta desafios estruturais decorrentes da distribuição desigual de recursos e da fragilidade das políticas de proteção social. De forma integrada, as demonstrações apontam que o enfrentamento das desigualdades exige o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do cuidado, ampliando a cobertura e a resolutividade da Estratégia Saúde da Família.

Além disso, ainda há uma necessidade de ações intersetoriais que articulem educação, habitação, saneamento e segurança alimentar como políticas complementares de promoção da saúde e redução das vulnerabilidades. Assim, a equidade não deve ser compreendida apenas como distribuição igualitária de recursos, mas como reconhecimento das diferenças e atendimento proporcional às necessidades sociais de cada território.

Entre as principais contribuições desta revisão, destaca-se a consolidação de



evidências recentes que reforçam a importância de indicadores sociais como o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) na formulação de políticas públicas e no monitoramento de desigualdades. Contudo, reconhece-se como limitação o caráter narrativo da análise, que, por não seguir critérios sistemáticos de seleção e mensuração estatística, pode restringir a generalização dos resultados. Apesar disso, a diversidade temporal e metodológica dos estudos incluídos permite uma compreensão abrangente e crítica do tema.

Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem o uso de métodos mistos e estudos longitudinais para avaliar o impacto de políticas públicas sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde em populações vulneráveis. Também se sugere a incorporação de análises interseccionais que contemplem gênero, raça e território, aprofundando o entendimento sobre as múltiplas dimensões da desigualdade em saúde. Assim, esta revisão reforça que a consolidação de um sistema de saúde equitativo e humanizado depende do reconhecimento dos determinantes sociais como eixo orientador das práticas e da gestão em saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais de 3,4 mil equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde foram implantadas em 2024. Brasília: **Ministério da Saúde**, 26 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

BASTOS, Leonardo S. L. *et al.* Primary healthcare protects vulnerable populations from inequity in COVID-19 vaccination: An ecological analysis of nationwide data from Brazil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 14, 100335, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100335>

COUBE, Máira *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, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100426>

DANTAS, Marianny Nayara Paiva *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>.

FERREIRA, Luiza Santos *et al.* Access to Primary Health Care by older adults from rural areas in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão. Brasília; Rio de Janeiro:



Ipea, 2018. ISSN 1415-4765.

MEDEIROS, Danielle Souto de *et al.* Post-COVID-19 functional status in socioeconomically vulnerable neighborhoods attended in primary health care in two Brazilian cities: a cross-sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v. 25, n. 1, p. 347, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10729-5>

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressions of inequalities in access to health services in Latin America: a scoping review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024EN>

PALMEIRA, Nathalia Campos *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do SUS**, v. 31, n. 3, e2022966, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>

SILVA, Bruna Adrieli da; PEREIRA, Patrícia Alves Rosado; SHIKI, Simone de Faria Narciso. Análise da relação entre as variáveis socioeconômicas e as condições de saúde da população nos estados brasileiros. São João del-Rei: **Universidade Federal de São João** del-Rei, Departamento de Ciências Econômicas, [s.d.].

VIEIRA, Yohana Pereira *et al.* Socioeconomic inequities in specialized health services use following COVID-19 in individuals from Southern Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 542, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09542-5>