


**INIQUIDADES EM SAÚDE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: PERSPECTIVAS
PRA UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MAIS JUSTO**

**HEALTH INEQUITIES IN BRAZIL: PERSPECTIVES FOR A MORE JUST
UNIFIED HEALTH SYSTEM**

**DESIGUALDADES EN SALUD EN BRASIL: PERSPECTIVAS PARA UN
SISTEMA DE SALUD UNIFICADO MÁS JUSTO**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n4-006>

Data de submissão: 07/03/2026

Data de publicação: 07/04/2026

Liége Martins da Silva

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidad de Córdoba (UCO)

Endereço: Assunción, Paraguai

E-mail: liege0212@gmail.com

Camila Nunes Carvalho

Doutora em Odontologia

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Pernambuco, Brasil

E-mail: Nunes.carvalho.camila@hotmail.com

Elaine Ferreira Siqueira

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Centro universitário São Lucas (Afyá)

Endereço: Rondonia, Brasil

E-mail: elaineboone153@gmail.com

Fátima Prisciele Aguiar Lima Venuto

Graduanda em enfermagem

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA-CE)

Endereço: Ceará, Brasil

E-mail: prisciele13lima@gmail.com

Adrielle Rodrigues da Conceição Moura

Graduada em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Endereço: Piauí, Brasil

E-mail: adrielle@ufpi.edu.br

François Benício da Silva II

Graduado em enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Endereço: Piauí, Brasil

E-mail: franop2010@ufpi.edu.br

Luis Miguel Fonseca de Oliveira

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA)
Endereço: Goiás, Brasil
E-mail: luismfo@outlook.com

Juciany Martins Medeiros Salvador

Enfermeira Pós-graduada em cardiologia e hemodinâmica
Instituição: Faculdade Iguaçu
Endereço: Paraná, Brasil
E-mail: salvadorjuciany@gmail.com

Rogério Fleck de Oliveira

Especialista em Enfermagem em Cardiologia
Instituição: Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia (ICFUC)
Endereço: Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: rfpoa@gmail.com

Tatiane Cristine de Souza Lima

Mestre em Cuidados Paliativos
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)
Endereço: Porto, Portugal
E-mail: t.lima@accamargo.org.br

RESUMO

Considerando a persistência das desigualdades sociais, econômicas e territoriais que limitam a efetivação do direito à saúde no Brasil, problematiza-se de que maneira as iniquidades influenciam o acesso e a qualidade dos serviços no SUS. Objetiva-se analisar as iniquidades em saúde no território brasileiro, considerando os determinantes sociais, econômicos e territoriais que influenciam o acesso aos serviços, bem como discutir perspectivas para o fortalecimento de um SUS mais justo. Para tanto, procede-se a uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando descritores DeCS e MeSH relacionados à temática, com seleção final de sete estudos conforme critérios previamente estabelecidos. Desse modo, observa-se que as iniquidades em saúde decorrem da interação entre desigualdades estruturais, distribuição desigual de recursos e limitações na organização da rede de atenção, demonstrando barreiras territoriais, sociais e institucionais que comprometem o acesso e a continuidade do cuidado. Verifica-se ainda que, embora a APS amplie o acesso inicial, persistem lacunas na integralidade da assistência, especialmente em regiões vulneráveis. O que permite concluir que a superação dessas desigualdades exige o fortalecimento do financiamento público, a qualificação da gestão, a reorganização territorial da atenção e a incorporação dos determinantes sociais na formulação de políticas, visando à consolidação de um SUS mais justo e equitativo.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdades em Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Considering the persistence of social, economic, and territorial inequalities that limit the realization of the right to health in Brazil, this study problematizes how inequities influence access to and quality of services within the Brazilian Unified Health System (SUS). The objective is to analyze health

inequities across Brazil, considering the social, economic, and territorial determinants that influence access to services, as well as to discuss perspectives for strengthening a more equitable SUS. To this end, an integrative literature review with a qualitative approach was conducted using the PubMed/MEDLINE, SciELO, and Virtual Health Library databases, employing DeCS and MeSH descriptors related to the topic, with a final selection of seven studies according to pre-established criteria. Thus, it is observed that health inequities stem from the interaction between structural inequalities, unequal distribution of resources, and limitations in the organization of the healthcare network, demonstrating territorial, social, and institutional barriers that compromise access to and continuity of care. It is also observed that, although primary health care expands initial access, gaps in the comprehensiveness of care persist, especially in vulnerable regions. This leads to the conclusion that overcoming these inequalities requires strengthening public funding, improving management, reorganizing the territory of care, and incorporating social determinants into policy formulation, aiming at consolidating a fairer and more equitable Unified Health System (SUS).

Keywords: Access to Health Services. Health Inequalities. Social Determinants of Health. Health Inequities. Unified Health System.

RESUMEN

Considerando la persistencia de desigualdades sociales, económicas y territoriales que limitan la realización del derecho a la salud en Brasil, este estudio problematiza cómo las inequidades influyen en el acceso y la calidad de los servicios dentro del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. El objetivo es analizar las inequidades en salud en todo Brasil, considerando los determinantes sociales, económicos y territoriales que influyen en el acceso a los servicios, así como discutir perspectivas para fortalecer un SUS más equitativo. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica integradora con un enfoque cualitativo utilizando las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO y Virtual Health Library, empleando descriptores DeCS y MeSH relacionados con el tema, con una selección final de siete estudios según criterios preestablecidos. Así, se observa que las inequidades en salud se originan en la interacción entre desigualdades estructurales, distribución desigual de recursos y limitaciones en la organización de la red de atención sanitaria, lo que demuestra barreras territoriales, sociales e institucionales que comprometen el acceso y la continuidad de la atención. Asimismo, se observa que, si bien la atención primaria de salud amplía el acceso inicial, persisten deficiencias en la integralidad de la atención, especialmente en las regiones vulnerables. Esto lleva a la conclusión de que para superar estas desigualdades es necesario fortalecer la financiación pública, mejorar la gestión, reorganizar el territorio de atención e incorporar los determinantes sociales en la formulación de políticas, con el objetivo de consolidar un Sistema Único de Salud (SUS) más justo y equitativo.

Palabras clave: Acceso a los Servicios de Salud. Desigualdades en Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Inequidades en Salud. Sistema Unificado de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A saúde, como direito social assegurado pela Constituição Federal de 1988, fundamenta a organização do Estado brasileiro e orienta a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988). Apesar desse marco, a efetivação desses princípios ocorre em um contexto marcado por desigualdades sociais, econômicas e territoriais que limitam o acesso pleno aos serviços. Assim, a consolidação do SUS deve ser analisada a partir das condições estruturais que influenciam a organização e a oferta do cuidado no território brasileiro (Oliveira *et al.*, 2025).

O território brasileiro apresenta ampla diversidade geográfica, cultural e socioeconômica, configurando um cenário heterogêneo que influencia diretamente as condições de vida e saúde da população. Regiões com menor desenvolvimento econômico enfrentam limitações estruturais, como escassez de recursos, baixa cobertura assistencial e dificuldades de acesso aos serviços. Esse contexto relata uma distribuição desigual da assistência em saúde. Contudo, as características territoriais tornam-se determinantes para compreender as diferenças no acesso e na qualidade do cuidado ofertado em distintas regiões do país (Ribeiro; Muraoka, 2026).

Além das desigualdades territoriais, fatores sociais como renda, escolaridade, raça/cor e gênero exercem influência direta sobre o acesso aos serviços de saúde e sobre os processos de adoecimento. Grupos socialmente vulnerabilizados enfrentam maiores dificuldades para acessar serviços de forma contínua e resolutiva, acumulando desvantagens que impactam negativamente seus indicadores de saúde. Essas condições revelam que as iniquidades não se restringem à disponibilidade de serviços, mas estão associadas a processos históricos de exclusão social que se manifestam no cotidiano da assistência. Dessa forma, compreender essas dimensões torna-se fundamental para analisar a distribuição desigual do cuidado em saúde no Brasil (Santos *et al.*, 2025a).

A análise das iniquidades em saúde demanda a incorporação dos determinantes sociais como elementos centrais para a compreensão do processo saúde-doença. A saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida, incluindo fatores ambientais, econômicos e políticos que influenciam diretamente o bem-estar das populações. Essa abordagem amplia o olhar sobre o cuidado, permitindo identificar que o acesso aos serviços não depende exclusivamente da organização do sistema de saúde, mas também das condições estruturais que moldam o cotidiano dos indivíduos (Assis, 2026).

Apesar dos avanços observados com a implementação do SUS, especialmente na expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), persistem desafios estruturais que dificultam a concretização dos princípios de universalidade e equidade. A distribuição desigual de recursos financeiros e humanos entre regiões mantém diferenças significativas na oferta e na qualidade dos serviços. Além disso, a

fragmentação da rede de atenção compromete a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. Esses elementos demonstram que a organização do sistema ainda enfrenta limitações que impactam diretamente a efetividade das políticas públicas de saúde (Oliveira *et al.*, 2025).

O financiamento da saúde pública configura-se como um dos principais condicionantes para a efetividade das ações em saúde no Brasil. A limitação de recursos e a concentração de investimentos em determinadas regiões geram distorções na oferta de serviços, contribuindo para a manutenção de desigualdades territoriais. A insuficiência de financiamento compromete a expansão da rede assistencial, a qualificação dos serviços e a implementação de políticas voltadas à equidade. Nesse cenário, a sustentabilidade do sistema de saúde está diretamente relacionada à forma como os recursos são distribuídos e geridos entre as diferentes esferas federativas (Silva; Souza, 2025).

A estrutura federativa do SUS permite a descentralização das ações e a adaptação das políticas às realidades locais, favorecendo a aproximação entre gestão e território. No entanto, essa mesma característica também impõe desafios relacionados à coordenação entre os níveis de governo e à capacidade administrativa dos municípios. A ausência de mecanismos eficazes de articulação pode resultar em desigualdades na implementação das políticas e na oferta de serviços. Dessa forma, a descentralização, quando não acompanhada de suporte técnico e financeiro adequado, pode ampliar disparidades já existentes no sistema de saúde (Silva; Souza, 2025).

A APS desempenha papel estratégico na organização do sistema e na redução das iniquidades, ao atuar como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Sua atuação possibilita maior proximidade com os territórios e com as necessidades da população, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Contudo, sua efetividade depende da disponibilidade de profissionais, da infraestrutura adequada e da integração com outros níveis de atenção. Fragilidades nesses aspectos comprometem sua capacidade de resposta, especialmente em regiões mais vulneráveis (Ribeiro; Muraoka, 2026).

As barreiras de acesso aos serviços de saúde também se manifestam por meio de fatores como distância geográfica, tempo de espera e oferta limitada de serviços especializados. Populações residentes em áreas rurais e em municípios de pequeno porte enfrentam maiores dificuldades para acessar cuidados de média e alta complexidade. Essas limitações apresentam desigualdades na organização da rede de atenção e na distribuição dos serviços. Assim, o acesso à saúde no Brasil permanece condicionado a fatores estruturais que ultrapassam a dimensão individual (Ribeiro; Muraoka, 2026).

Outro aspecto relevante refere-se às práticas institucionais que reproduzem desigualdades no interior do sistema de saúde, como o racismo estrutural e a invisibilização de grupos sociais

vulnerabilizados. Essas práticas influenciam a forma como os serviços são ofertados e acessados, contribuindo para a manutenção de desigualdades no cuidado. A equidade, nesse sentido, exige o reconhecimento dessas diferenças e a implementação de estratégias que promovam justiça social no campo da saúde (Santos *et al.*, 2025b).

A construção de um sistema de saúde mais justo depende da articulação entre políticas públicas, gestão eficiente e participação social. A equidade implica a adoção de medidas que priorizem populações em situação de maior vulnerabilidade, garantindo acesso diferenciado conforme as necessidades específicas de cada grupo. Essa perspectiva reforça a importância de ações intersetoriais e de políticas que considerem os determinantes sociais da saúde como elementos centrais na formulação de estratégias (Santos *et al.*, 2025a).

A relevância deste tema decorre da persistência das desigualdades em saúde no Brasil, mesmo diante da existência de um sistema universal consolidado. Esse cenário comprova a necessidade de aprofundar a análise dos fatores que limitam a efetivação da equidade, considerando as múltiplas dimensões que influenciam o acesso e a qualidade dos serviços. A compreensão dessas dinâmicas torna-se fundamental para subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes (Moura *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, formula-se como problema de pesquisa a seguinte questão: de que maneira as iniquidades territoriais e sociais influenciam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no Brasil e quais estratégias podem contribuir para a construção de um sistema mais equitativo. Essa problematização orienta a análise proposta, permitindo compreender as relações entre território, desigualdade e organização do cuidado em saúde (Assis, 2026).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar as iniquidades em saúde no território brasileiro, considerando os determinantes sociais, econômicos e territoriais que influenciam o acesso aos serviços, bem como discutir perspectivas para o fortalecimento de um SUS mais justo. Busca-se, assim, contribuir para o debate acadêmico e para a formulação de estratégias que promovam maior equidade e efetividade das políticas públicas de saúde no país.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão das iniquidades em saúde pode ser aprofundada pela análise das estruturas econômicas globais que condicionam a distribuição de recursos, evidenciando que a exclusão não se restringe ao âmbito nacional. As assimetrias entre países e regiões reforçam vulnerabilidades sociais e limitam a capacidade do Estado de responder de forma equitativa às demandas da população. Nesse contexto, a saúde passa a ser influenciada por decisões macroeconômicas que extrapolam o setor

sanitário, exigindo uma abordagem que articule economia política e justiça social (Filho, 2020).

A análise crítica das políticas públicas revela que a efetividade das ações em saúde está diretamente relacionada à capacidade de governança e à coerência entre planejamento e execução. Em contextos onde há descontinuidade administrativa e fragilidade institucional, observa-se a dificuldade de implementação de estratégias estruturantes, o que compromete a redução das desigualdades. Nesse sentido, a equidade depende não apenas da formulação de políticas, mas da existência de mecanismos capazes de garantir sua operacionalização no território. Essa perspectiva reforça a centralidade da gestão pública como elemento estruturante do sistema de saúde (Cardoso *et al.*, 2024).

A abordagem das iniquidades requer também a incorporação da dimensão ética, considerando que a desigualdade em saúde representa uma violação do princípio de justiça social. A distribuição desigual de oportunidades de viver com saúde evidencia a existência de escolhas políticas que favorecem determinados grupos em detrimento de outros. Dessa forma, a equidade deve ser entendida como compromisso ético com a redução dessas desigualdades, orientando decisões que priorizem populações historicamente marginalizadas. Essa perspectiva amplia o debate ao integrar valores normativos à análise técnica (Donadeli *et al.*, 2024).

A análise do acesso aos serviços de saúde pode ser aprofundada a partir da noção de itinerários terapêuticos, que evidencia como os indivíduos percorrem diferentes caminhos na busca por cuidado. Esses trajetos são influenciados por fatores sociais, culturais e institucionais, revelando desigualdades na forma como os serviços são utilizados. Populações em situação de vulnerabilidade frequentemente enfrentam percursos mais longos e complexos, com maior exposição a descontinuidades no cuidado. Assim, o acesso deve ser compreendido como processo dinâmico, que envolve múltiplas interações entre sujeitos e sistema de saúde (Sousa *et al.*, 2026).

A relação entre desigualdades e saúde pode ser analisada também a partir da distribuição desigual de tecnologias e inovações em saúde, que tendem a beneficiar inicialmente grupos com maior poder aquisitivo. Essa dinâmica amplia as disparidades existentes, ao concentrar avanços tecnológicos em segmentos específicos da população. Além disso, a incorporação dessas tecnologias no sistema público ocorre de forma desigual, dependendo da disponibilidade de recursos e da capacidade de gestão. Dessa forma, a inovação em saúde, quando não acompanhada de políticas redistributivas, pode aprofundar iniquidades (Lourenço *et al.*, 2026).

A discussão sobre equidade em saúde exige ainda a análise das relações de poder que permeiam a produção do conhecimento científico, considerando que determinadas perspectivas são privilegiadas em detrimento de outras. A hegemonia de modelos biomédicos pode limitar a compreensão das dimensões sociais da saúde, dificultando a construção de respostas mais abrangentes. Nesse sentido,

a incorporação de saberes diversos, incluindo conhecimentos populares e comunitários, contribui para a construção de práticas mais inclusivas. Assim, a equidade também se relaciona à democratização do conhecimento (Júnior *et al.*, 2024).

A fragmentação das políticas públicas constitui um dos principais obstáculos à promoção da equidade, uma vez que dificulta a construção de respostas integradas às necessidades da população. A ausência de articulação entre diferentes setores resulta em ações pontuais e pouco efetivas, que não enfrentam as causas estruturais das desigualdades. Nesse contexto, a intersetorialidade emerge como estratégia fundamental para a construção de políticas mais abrangentes e sustentáveis. Dessa forma, a superação das iniquidades depende da integração entre diferentes áreas de atuação (Cardoso *et al.*, 2024).

A análise das desigualdades em saúde também pode ser ampliada a partir da perspectiva dos ciclos de vida, evidenciando que as desvantagens acumuladas ao longo do tempo impactam de forma diferenciada os indivíduos. Condições adversas na infância, por exemplo, podem repercutir na vida adulta, influenciando padrões de adoecimento e acesso ao cuidado. Essa abordagem evidencia a necessidade de políticas que atuem de forma preventiva e contínua, considerando as diferentes fases da vida. Assim, a equidade exige intervenções que rompam com a reprodução intergeracional das desigualdades (Lourenço *et al.*, 2026).

A influência das políticas fiscais sobre o sistema de saúde evidencia que decisões relacionadas ao orçamento público têm impactos diretos na capacidade de resposta do Estado. A redução de investimentos compromete a oferta de serviços e limita a expansão de políticas sociais, ampliando desigualdades existentes. Além disso, essas decisões tendem a afetar de forma mais intensa as populações que dependem exclusivamente do sistema público. Dessa forma, a sustentabilidade do sistema de saúde está diretamente relacionada às escolhas econômicas adotadas (Santos; Vieira, 2018).

A discussão sobre equidade pode ser aprofundada a partir da análise das práticas institucionais, considerando que o funcionamento dos serviços pode reproduzir desigualdades por meio de rotinas e normas que desconsideram as especificidades dos usuários. A burocratização excessiva e a rigidez dos processos podem dificultar o acesso e a continuidade do cuidado, especialmente para grupos mais vulneráveis. Nesse sentido, a transformação das práticas institucionais torna-se essencial para a promoção de um cuidado mais inclusivo (Sousa *et al.*, 2026).

A participação comunitária, quando analisada criticamente, revela-se como espaço de disputa e negociação de interesses, no qual diferentes grupos buscam influenciar as decisões em saúde. A efetividade dessa participação depende da capacidade de inclusão de vozes historicamente silenciadas, garantindo que as políticas reflitam as necessidades reais da população. No entanto, desigualdades de

poder podem limitar essa participação, reproduzindo exclusões. Assim, a democratização da gestão em saúde constitui elemento central para a promoção da equidade (Donadeli *et al.*, 2024).

A qualificação da força de trabalho em saúde deve ser compreendida como componente estratégico na redução das iniquidades, uma vez que profissionais preparados para lidar com a diversidade social podem contribuir para práticas mais sensíveis e inclusivas. A formação deve incorporar perspectivas críticas que permitam compreender as desigualdades em sua complexidade, evitando abordagens reducionistas. Dessa forma, a educação em saúde assume papel fundamental na construção de sistemas mais equitativos (Sousa *et al.*, 2026).

A análise das políticas de regionalização permite compreender como a organização territorial dos serviços pode contribuir para a redução ou ampliação das desigualdades. Modelos que consideram as especificidades locais tendem a promover maior adequação das ações às necessidades da população, enquanto abordagens padronizadas podem desconsiderar essas diferenças. Nesse sentido, a regionalização deve ser orientada por critérios de equidade, garantindo a distribuição justa de recursos (Cardoso *et al.*, 2024).

Por fim, a construção de um sistema de saúde orientado pela equidade exige a articulação entre diferentes dimensões estruturais, incluindo políticas econômicas, organização dos serviços e participação social. A superação das iniquidades depende de ações coordenadas que enfrentem as desigualdades em suas múltiplas expressões, promovendo justiça social e garantia de direitos. Assim, a equidade deve ser compreendida como processo contínuo de transformação social (Filho, 2020).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, voltada à análise das iniquidades em saúde no território brasileiro, considerando a interação entre determinantes sociais, organização do sistema de saúde e características territoriais. Esse delineamento foi selecionado por possibilitar a integração de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, permitindo uma leitura ampliada e crítica do fenômeno investigado. A escolha por esse tipo de estudo favorece a compreensão das desigualdades em saúde como resultado de processos históricos, sociais e estruturais, articulando múltiplas dimensões do cuidado e da organização do SUS.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionadas pela relevância, abrangência e reconhecimento na área da saúde coletiva. Essas bases concentram produções científicas nacionais e internacionais de alta qualidade, possibilitando o acesso a evidências atualizadas sobre o tema. Além disso, foram incluídos artigos disponíveis em periódicos científicos

indexados e documentos institucionais, com o intuito de ampliar a diversidade de abordagens e contemplar diferentes interpretações acerca das iniquidades em saúde no contexto brasileiro.

A estratégia de busca foi estruturada a partir de descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, de forma a ampliar a sensibilidade e a especificidade da busca. Foram utilizados os seguintes termos: “Iniquidades em Saúde”, “Desigualdades em Saúde”, “Determinantes Sociais da Saúde”, “Acesso aos Serviços de Saúde” e “Sistema Único de Saúde”. Em inglês, foram empregados: “*Health Inequalities*”, “*Health Disparities*”, “*Social Determinants of Health*”, “*Health Services Accessibility*” e “*Unified Health System*”, garantindo maior abrangência na recuperação das evidências científicas.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos publicados entre 2018 e 2026, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem a relação entre território, determinantes sociais e iniquidades em saúde. A definição desse recorte temporal visou contemplar produções recentes e alinhadas às discussões contemporâneas sobre saúde coletiva. Foram excluídos trabalhos duplicados, produções que não apresentavam relação direta com a temática proposta, estudos com enfoque exclusivamente clínico sem articulação com os determinantes sociais e textos que não apresentavam clareza metodológica.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas sucessivas, iniciando pela leitura dos títulos, seguida da análise dos resumos e, posteriormente, pela leitura completa dos textos considerados elegíveis. Inicialmente, foram identificados 18 estudos, dos quais 7 atenderam integralmente aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra final. Esse processo permitiu garantir maior rigor na seleção, assegurando que os estudos incluídos apresentassem consistência teórica e metodológica, além de alinhamento com a proposta analítica desenvolvida na seção de resultados e discussão.

A coleta de dados foi realizada por meio da extração sistematizada das informações relevantes de cada estudo selecionado, incluindo autoria, ano de publicação, tipo de delineamento e principais contribuições relacionadas às iniquidades em saúde. Esses dados foram organizados em quadro síntese, permitindo a visualização comparativa das diferentes abordagens e a identificação de padrões e especificidades entre os estudos. Esse procedimento favoreceu a construção de uma base analítica consistente, alinhada aos eixos temáticos definidos para a interpretação dos resultados.

A análise dos dados foi conduzida por meio de análise temática de conteúdo, estruturada em categorias relacionadas aos determinantes sociais da saúde, desigualdades territoriais, organização dos serviços e barreiras de acesso. Esse processo analítico possibilitou a construção de uma interpretação

crítica e integrada, articulando os diferentes elementos que influenciam a produção das iniquidades em saúde no Brasil. A organização em eixos temáticos permitiu identificar convergências, complementaridades e especificidades entre os estudos, contribuindo para uma leitura aprofundada do fenômeno.

No que se refere aos aspectos éticos, por se tratar de uma pesquisa baseada em dados secundários de acesso público, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normativas vigentes. Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos relacionados à integridade científica, com adequada citação das fontes utilizadas, fidelidade às ideias dos autores e compromisso com a transparência na apresentação dos dados e interpretações.

Como limitações, destacam-se a restrição às bases de dados selecionadas, o recorte temporal adotado e a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, o que pode influenciar a comparabilidade entre os achados. Além disso, a utilização de dados secundários limita a possibilidade de aprofundamento em contextos locais específicos, embora permita a identificação de tendências gerais e padrões estruturais relacionados às iniquidades em saúde no território brasileiro, contribuindo para a compreensão ampliada do temados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram identificados inicialmente 18 estudos nas bases selecionadas, dos quais 7 atenderam integralmente aos critérios de elegibilidade após leitura completa, enquanto 11 foram excluídos por não abordarem diretamente a relação entre território, determinantes sociais e iniquidades no contexto brasileiro. A análise dos estudos selecionados mostrou que as iniquidades em saúde no Brasil se estruturam a partir da interação entre fatores socioeconômicos, territoriais e políticos, configurando um padrão persistente de desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços ofertados pelo SUS, sobretudo em regiões historicamente vulnerabilizadas.

Tabela 1 – Síntese dos estudos incluídos sobre iniquidades em saúde no território brasileiro

Autor/Ano	Tipo de estudo	Principais achados
Amorim <i>et al.</i> (2025)	Revisão narrativa	Persistência de desigualdades regionais e limitações no financiamento e na distribuição de serviços
Silva <i>et al.</i> (2026)	Revisão narrativa	Determinantes sociais condicionam acesso, com maior uso de urgência e menor prevenção
Xavier <i>et al.</i> (2022)	Revisão sistemática	Territorialização favorece acesso quando utilizada como ferramenta de gestão dinâmica
Santos (2018)	Estudo analítico	Classe social e território ampliam disparidades de saúde de forma combinada
Oliveira; Pereira (2024)	Revisão de escopo	Iniquidades multidimensionais: renda, raça, gênero e acesso estrutural
Pitombeira; Oliveira (2020)	Revisão narrativa	Austeridade e pobreza ampliam barreiras no acesso à saúde
Santos (2025)	Revisão integrativa	Populações indígenas enfrentam barreiras geográficas, culturais e estruturais persistentes

Fonte: Autores.

A análise dos estudos demonstra que as desigualdades regionais no Brasil permanecem profundamente associadas à distribuição desigual de recursos financeiros, tecnológicos e humanos no sistema de saúde. Amorim *et al.* (2025) comprovam que, embora políticas públicas tenham ampliado o acesso em diferentes territórios, a concentração de serviços especializados em regiões mais desenvolvidas mantém um padrão de exclusão que limita a integralidade do cuidado. Esse cenário reforça a permanência de desigualdades históricas, nas quais populações de regiões periféricas enfrentam maiores dificuldades para acessar serviços de maior complexidade.

Silva *et al.* (2026) aprofundam essa discussão ao demonstrar que os determinantes sociais da saúde, como renda, escolaridade e condições de moradia, influenciam diretamente o padrão de utilização dos serviços. Populações em situação de vulnerabilidade tendem a acessar mais frequentemente serviços de urgência, enquanto apresentam menor adesão a ações preventivas e de acompanhamento contínuo. Essa dinâmica revela a fragmentação do cuidado e a dificuldade de consolidação de um modelo de atenção orientado pela longitudinalidade.

No campo da organização territorial, Xavier *et al.* (2022) destacam que a territorialização pode atuar como um instrumento estratégico para redução das iniquidades, desde que seja compreendida como um processo dinâmico de planejamento em saúde. Quando utilizada de forma adequada, permite a identificação das necessidades locais e a organização das ações conforme as especificidades do território. No entanto, sua aplicação limitada ou meramente cartográfica pode reforçar processos de exclusão, especialmente em áreas de fronteira e regiões de difícil acesso.

Santos, J. (2018) contribui para essa análise ao declarar que as desigualdades em saúde resultam da interação entre classe social e território, demonstrando que esses elementos não atuam de forma isolada. Em regiões mais desenvolvidas, as desigualdades relativas tendem a ser mais evidentes,

enquanto em áreas menos favorecidas observa-se maior carga absoluta de adoecimento. Essa distinção revela a complexidade do fenômeno e a necessidade de abordagens analíticas que considerem múltiplas dimensões da desigualdade.

A perspectiva multidimensional das iniquidades é reforçada por Oliveira e Pereira (2024), que identificam diferentes eixos estruturantes das desigualdades, incluindo fatores socioeconômicos, geográficos, étnico-raciais e de gênero. Esses elementos condicionam não apenas o acesso, mas também a qualidade da experiência dos usuários nos serviços de saúde, apresentando que as iniquidades estão inseridas em processos históricos e sociais mais amplos, que extrapolam a organização do sistema de saúde.

No âmbito das políticas públicas, Pitombeira e Oliveira (2020) estabelecem uma relação direta entre o agravamento das iniquidades e a implementação de políticas de austeridade fiscal. A redução de investimentos em saúde compromete a capacidade do SUS de ampliar e qualificar a oferta de serviços, impactando principalmente populações em situação de pobreza. Esse cenário mostra a centralidade do financiamento público na garantia da equidade em saúde.

Ao analisar populações específicas, Santos, M. (2025) demonstra que os povos indígenas enfrentam barreiras adicionais relacionadas à distância geográfica, dificuldades de comunicação e inadequação cultural dos serviços. Esses fatores reforçam a necessidade de modelos de atenção diferenciados, capazes de respeitar as especificidades socioculturais e territoriais, sob risco de perpetuar desigualdades historicamente construídas.

Observa-se convergência entre Amorim *et al.* (2025) e Silva *et al.* (2026) ao reconhecer que houve avanços importantes com a expansão da APS, especialmente na ampliação do acesso inicial aos serviços. No entanto, ambos destacam que esses avanços não foram suficientes para superar desigualdades estruturais, sobretudo no que se refere à continuidade do cuidado e ao acesso a serviços especializados.

Em contraposição, Xavier *et al.* (2022) atribuem maior potencial transformador às estratégias territoriais, enquanto Santos (2018) enfatiza que o território deve ser analisado em conjunto com a estrutura social. Essa diferença de abordagem não representa contradição, mas complementação teórica, indicando que a superação das iniquidades exige integração entre planejamento territorial e enfrentamento das desigualdades socioeconômicas.

A análise integrada apresenta que o acesso aos serviços de saúde é condicionado por fatores que vão além da disponibilidade de oferta, incluindo transporte, organização da rede e capacidade de comunicação entre serviços e usuários. Oliveira e Pereira (2024) demonstram que barreiras estruturais

e culturais podem limitar o uso dos serviços mesmo em contextos onde há disponibilidade assistencial, revelando a complexidade do conceito de acesso

Outro aspecto relevante refere-se à distribuição desigual de profissionais e infraestrutura no território brasileiro, que contribui para a manutenção das disparidades regionais. Amorim *et al.* (2025) destacam que a concentração de serviços em centros urbanos amplia a dependência de deslocamentos, dificultando o acesso de populações residentes em áreas rurais e periféricas

A persistência dessas desigualdades testemunha que a equidade no sus ainda não foi plenamente alcançada, exigindo maior articulação entre políticas sociais e de saúde. Pitombeira e Oliveira (2020) reforçam que o enfrentamento das iniquidades depende de intervenções estruturais que considerem a pobreza, a exclusão social e as desigualdades regionais como elementos centrais do planejamento em saúde

Por fim, a análise dos estudos permite compreender que a construção de um sistema de saúde mais justo no Brasil depende do fortalecimento da atenção primária, da ampliação do financiamento público e da incorporação dos determinantes sociais na formulação das políticas. A superação das iniquidades exige ações integradas que articulem território, condições de vida e organização do sistema, garantindo acesso equitativo e cuidado integral à população

5 CONCLUSÃO

A análise realizada permitiu compreender que as iniquidades em saúde no território brasileiro são produzidas pela interação entre desigualdades sociais estruturais, distribuição desigual de recursos e limitações na organização da rede de atenção. O estudo apresentou que o acesso aos serviços e a qualidade do cuidado permanecem condicionados a fatores territoriais e socioeconômicos, o que compromete a efetivação da equidade no SUS. Ainda que a APS tenha ampliado a porta de entrada, persistem lacunas na continuidade do cuidado e no acesso a níveis de maior complexidade, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidade social.

Observou-se que as desigualdades em saúde não se restringem à oferta de serviços, mas envolvem dimensões interdependentes relacionadas às condições de vida, à organização do território e às dinâmicas institucionais. O território se configura como elemento central para compreender essas disparidades, ao expressar tanto limitações estruturais quanto diferentes formas de inserção dos indivíduos no sistema de saúde. Barreiras geográficas, organizacionais e culturais interferem diretamente na utilização dos serviços e na construção de trajetórias assistenciais, revelando a complexidade do fenômeno analisado.

Os resultados alcançados demonstram que a superação dessas iniquidades depende de intervenções que articulem a reorganização da rede de atenção com ações voltadas aos determinantes sociais da saúde. A ampliação do financiamento, a qualificação da gestão e o fortalecimento da atenção primária, associados a estratégias de planejamento territorial, mostram-se elementos fundamentais para reduzir desigualdades e promover maior justiça na distribuição do cuidado. Nesse sentido, a equidade exige respostas estruturais que considerem as especificidades dos territórios e das populações.

Como limitações, destacam-se a utilização de dados secundários, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e o recorte das bases e do período analisado, o que pode restringir a comparabilidade dos achados e o aprofundamento em realidades locais. Recomenda-se que futuras investigações adotem abordagens empíricas e métodos mistos, com maior detalhamento territorial, além de análises voltadas à avaliação do financiamento, da governança e da organização da rede de atenção, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no enfrentamento das desigualdades em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Dhonayara da Silva de Campos *et al.* A efetividade das políticas públicas de saúde na redução das desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 12, p. e22731, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.12-073>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/22731>.

ASSIS, Aisllan Diego de. Saúde coletiva, Sistema Único de Saúde (SUS) e sustentabilidade: conexões urgentes para construção de territórios saudáveis e sustentáveis. **Alemur**, v. 11, n. 2, p. 189–205, 2026. DOI: <https://doi.org/10.70615/alemur.v11i2.8306>. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/alemur/article/view/8306>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Presidência da República**, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

CARDOSO, José Mário dos Santos *et al.* Políticas públicas de saúde coletiva: estratégias para reduzir desigualdades e promover equidade no acesso e qualidade da atenção à saúde. **Revista Aracê**, v. 6, n. 4, p. 12340–12351, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev6n4-085>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/2008>.

DONADELI, Rafael Lourenço *et al.* Desafios e oportunidades na promoção da equidade em saúde: perspectivas para políticas públicas e intervenções comunitárias. **Periódicos Brasil – Pesquisa Científica**, v. 3, n. 1, p. 191–202, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i1.25>. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/25>.

FILHO, Naomar de Almeida. Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e200171, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200171>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e200171/>.

JÚNIOR, Valdir Barbosa da Silva *et al.* Atenção primária à saúde: implicações para a promoção da equidade no SUS. **Lumen et Virtus**, v. 15, n. 43, p. 8262–8275, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv15n43-048>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/2130>.

LOURENÇO, Abner Eliezer *et al.* Desigualdades sociais e seus impactos na saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 2, p. 1–19, 2026. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v12i2.24607>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/24607>.

MOURA, Shirley Gabriella Ferreira *et al.* Caracterização das barreiras de acesso aos programas e serviços de saúde: uma análise das iniquidades do contexto brasileiro. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v. 13, n. 2, p. e930, 2024. DOI: <https://doi.org/10.23900/2359-1552v13n2-92-2024>. Disponível em: <https://journalppc.com/RPPC/article/view/930>.

OLIVEIRA, Átila Jamil *et al.* Saúde pública e Sistema Único de Saúde (SUS): caminhos para a universalidade e a integralidade dos serviços. **Revista DCS**, v. 22, n. 82, e3445, 2025. DOI:

<https://doi.org/10.54899/dcs.v22i82.3445>. Disponível em:
<https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3445>.

OLIVEIRA, Thais de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e04932024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n7/e04932024/>.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n5/1699-1708/>.

RIBEIRO, Amanda Helen Lopes; MURAOKA, Sarah Mendes de Oliveira. Políticas voltadas para a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil. **Revista dos Seminários de Iniciação Científica**, v. 8, n. 3, 2026. Disponível em:
<https://revistas.atenas.edu.br/resic/article/view/730>.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa dos *et al.* Políticas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Aracê*, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-082>. Disponível em:
<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4324>.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa dos *et al.* Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 2, p. e8946, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55905/oe1v23n2-041>. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8946>.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2303-2314/>.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556–572, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170889>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n2/556-572/>.

SANTOS, Manoel Antônio dos. Desafios, oportunidades e iniquidades persistentes na assistência à saúde indígena no Brasil: análise crítica da produção científica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 4, e240777, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240777pt>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FCbgWRhHQPs9TfxXkwZdqzh/>.

SILVA, Maria Eduarda da *et al.* Influência dos determinantes sociais da saúde no acesso e na utilização dos serviços de saúde. **Revista Aracê**, v. 8, n. 1, p. e11943, 2026. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev8n1-139>. Disponível em:
<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/11943>.

SILVA, Marcos Paulo Sampaio Ribeiro da; SOUZA, Silvano Miller de. Desafios e perspectivas da saúde pública no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Jurídica da Amazônia*, ano 2, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.63043/y203ye35>. Disponível em: <https://revista.mpro.mp.br/amazonia/article/view/148>.

SOUSA, Jacineidy de Moura *et al.* Acesso aos serviços de saúde por populações em situação de vulnerabilidade: uma revisão integrativa. *Revista DCS*, v. 23, n. 87, p. e4482, 2026. DOI: <https://doi.org/10.54899/dcs.v23i87.4482>. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/4482>.

XAVIER, Guilherme Gonçalves *et al.* The influences of territorialization on access to health services by border populations: systematic review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, e31176, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31176>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/31176>.